UPOWAŻNIENIE PACJENTA DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisana/ny

legitymująca/cy się dokumentem tożsamości

numer seria

numer PESEL (upoważniającego)

upoważniam Pana / Panią

legitymującego/cej się dokumentem tożsamości

numer seria

numer PESEL (upoważnionego)

do odbioru dokumentacji medycznej.

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………

(data i czytelny podpis osoby upoważniającej) (podpis upoważnionego)

Osoba upoważniona do odbioru karty informacyjnej lub wyników badań zobowiązana jest posiadać ze sobą dokument potwierdzający tożsamość.