

## Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko pacjenta: .....

adres.....

Pesel.....

Ja, niżej podpisana/y upoważniam Pana/Panią.....

Pesel.....do odbioru mojej dokumentacji medycznej.

.....

(Data i czytelny podpis pacjenta)