**Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej**

**Upoważniam Pana/Panią**

…………………………………………………………………………………………………...

(Imię i nazwisko )

**legitymującego/cej się dokumentem tożsamości**

**nr……………………………………………**

**do odbioru dokumentacji medycznej**

…………………………………………………………………………………………………...

 (Imię i nazwisko pacjenta)

**Dane upoważniającego:**

……………………………………………………… ………………………………………...

 (Imię i nazwisko) (PESEL)

……………………………………………………….

(Data i podpis osoby upoważniającej)