

Upoważnienie jednorazowe do wydania dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany / na

.....
legitymujący / ca się dokumentem tożsamości

Numer seria

Numer PESEL / data urodzenia upoważniającego

Upoważniam Pana / Panią

.....
legitymującego się dokumentem tożsamości

Numer seria

Numer PESEL / data urodzenia upoważnionego

do odbioru dokumentacji medycznej*

.....
rodzaj dokumentacji medycznej

.....
Data i czytelny podpis pacjenta

.....
Data i czytelny podpis pracownika przyjmującej wniosek

*w przypadku odbioru wyników badań poufnych

.....
Data i czytelny podpis pacjenta