**Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej**

Dane pacjenta lub przedstawiciela ustawowego:

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| PESEL |  |
| ADRES (ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość) |  |

**Oświadczenie pacjenta lub przedstawiciela ustawowego:**

Upoważniam Pana/Panią (proszę wypełnić drukowanymi literami)

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

(imię i nazwisko)

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

 (adres zamieszkania)

Legitymującego/ej się dowodem tożsamości nr …………………………………………………….

Do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta

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

(imię, nazwisko i PESEL pacjenta)

………….……………………………………

(data i podpis osoby upoważniającej)