

**UPOWAŻNIENIE \*\***  
**DO JEDNORAZOWEGO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja, niżej podpisany/a .:

....., PESEL .....  
imię nazwisko

legitymujący /a się dowodem osobistym nr i seria: .....

upoważniam Pana/Panią.:

....., PESEL .....  
imię nazwisko

legitymującego /cą się dowodem osobistym nr i seria: .....

do **jednorazowego odbioru** wyciągu / odpisu / kopii / wydruku / oryginału\* mojej dokumentacji medycznej

.....  
wskazać zakres

.....  
data i czytelny podpis osoby upoważniającej

\*niepotrzebne skreślić

\*\*wzór