

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ\***

Ja niżej podpisana/a .....

legitymująca/y się dokumentem tożsamości (seria i nr)\* .....

numer PESEL (upoważniającego) .....

upoważniam Pana / Panią .....

legitymująca/ego się dokumentem tożsamości (seria i nr) .....

numer PESEL (upoważnionego) .....

do odbioru mojej dokumentacji medycznej.

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

.....  
(data i czytelny podpis osoby upoważniającej)

**\*Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej przez osobę inną, niż ta która została wskazana w Ankiecie Pacjenta, wymaga osobistej wizyty Pacjenta w Klinice wraz z dokumentem tożsamości.  
\*Osoba upoważniona do odbioru dokumentacji medycznej zobowiązana jest posiadać ze sobą dokument potwierdzający jej tożsamość.**