

**UPOWAŻNIENIE
do odbioru dokumentacji medycznej**

Ja niżej podpisany(a)

.....
imię, nazwisko, PESEL

niniejszym upoważniam

.....
imię, nazwisko, PESEL – w celu weryfikacji osoby upoważnionej na podstawie dokumentu tożsamości

do odbioru dokumentacji medycznej.

.....
Data, czytelnie imię i nazwisko pacjenta

Oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji medycznej indywidualnej, wewnętrznej pacjenta.