

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI

1. Dane upoważniającego (pacjent / przedstawiciel ustawowy pacjenta*):

Imię, nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL:

2. Oświadczenie upoważniającego (j.w.)

Upoważniam Pana/Panią (wypełnić drukowanymi literami)

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL:

do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta (dane pacjenta):

.....
(Imię, nazwisko i PESEL pacjenta)

.....
(data i czytelny podpis upoważniającego)

Potwierdzam złożenie podpisu przez upoważniającego w mojej obecności.

.....
(data i czytelny podpis pracownika)

* Niepotrzebne skreślić