

Mysłowice, dnia

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej

(wymagane w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej)

PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

JA NIŻEJ PODPISANA/Y

Imię i Nazwisko	
PESEL lub data urodzenia	
Adres zamieszkania	
Inne dane umożliwiające identyfikację osoby upoważniającej w oparciu o dowód osobisty lub inny dokument ze zdjęciem	

UPOWAŻNIAM

Imię i Nazwisko	
PESEL lub data urodzenia	
Adres zamieszkania	
Inne dane umożliwiające identyfikację osoby upoważniającej w oparciu o dowód osobisty lub inny dokument ze zdjęciem	

do odbioru dokumentacji medycznej: mojej mojego dziecka

Imię i Nazwisko Pacjenta	
PESEL lub data urodzenia	

.....
(data, czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)