

**UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

(wypełnić tylko w przypadku, gdy dokumentacja będzie odbierana przez inną osobę niż wnioskodawca)

.....  
Miejscowość i data

Dane pacjenta (osoby, której dokumentacja dotyczy):

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres

Ja, niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym nr. ....  
upoważniam:

.....  
(imię i nazwisko)

legitymującego/cej się dowodem osobistym nr. ....  
do odbioru dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby i/.....\*

.....  
data i czytelny podpis

\* proszę uzupełnić w przypadku, gdy pacjent zmarł lub pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona albo niezdolna do świadomego wyrażenia zgody