

UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU / ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Poznań, dnia.....

Imię i Nazwisko PACJENTA - Upoważniającego		PESEL												
<p>ul. _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____</p> <p>Kod pocztowy _ _ - _ _ _ , Miejscowość _____ Telefon _____</p> <p>Legitymujący się dowodem tożsamości _____</p>														
Upoważniam Pana/Panią:														
Imię i Nazwisko Upoważnionego		PESEL												
<p>Legitymujący się dowodem tożsamości _____</p>														

do uzyskania dotyczącej mnie dokumentacji medycznej zgodnie z danymi zamieszczonymi we *Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej*.

Poznań, dn. _____

_____ podpis PACJENTA- Upoważniającego