

**UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU / ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Poznań, dnia.....

Imię i Nazwisko PACJENTA - Upoważniającego		NUMER PESEL																		
Seria i numer Dowodu osobistego/ Paszportu																				
<p>ul. _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____</p> <p>Kod pocztowy _ _ - _ _ _ , Miejscowość _____ Telefon _____</p> <p>Legitymujący się dowodem tożsamości _____</p>																				
<b>Upoważniam Pana / Panią:</b>																				
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