Brzesko, dnia …….

Upoważnienie do wydania dokumentacji

Ja niżej podpisana/y ……,
(imię i nazwisko upoważniającego)

legitymująca/y się dowodem tożsamości ……..…,
(seria i numer)

zamieszkała/y ……,
(adres zamieszkania)

upoważniam Panią/ Pana ……,
(imię i nazwisko upoważnionego)

legitymującą/ego się dowodem tożsamości ……..…,
(seria i numer)

zamieszkałą/ego ……,
(adres zamieszkania)

do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta ……,
(imię, nazwisko i PESEL pacjenta)

sporządzonej w tutejszym SP ZOZ w okresie ……,

w Oddziale* / Ośrodku*/ Poradni */ Pracowni*: ……..…..

właściwe zakreślić

……
(data i czytelny podpis osoby upoważniającej)