

## Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

5. Imię i nazwisko pacjenta .....

6. Adres zamieszkania.....

7. PESEL.....

8. Ja niżej podpisany/-na legitymujący/-a się dowodem osobistym: Seria ..... Nr.....

Upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem

wniosek w dniu.....

Pana / Panią.....

legitymującego/-ą się dowodem osobistym: Seria ..... Nr.....

Starachowice dn.....

.....

( czytelny podpis pacjenta)