

## Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

1. Imię i nazwisko pacjenta .....
2. Adres zamieszkania.....
3. PESEL.....
4. 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)