

.....
(komórka organizacyjna)

.....
(data)

Ja, niżej podpisany/a:
(imię i nazwisko)

o numerze PESEL:
(PESEL)

upoważniam Pana/Panią:
(imię i nazwisko)

o numerze PESEL:
(PESEL)

do odbioru dokumentacji/kopii dokumentacji* medycznej:

mojej

mojego małoletniego dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(rodzaj dokumentacji)

.....
(podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

Wypełnia pracownik komórki organizacyjnej

Stwierdzam własnoręczność podpisu złożonego w mojej obecności.

.....
(data i podpis pracownika)

*niepotrzebne skreślić