

.....
(komórka organizacyjna).....
(data)Ja, niżej podpisany/a:
(imię i nazwisko)o numerze PESEL:
(PESEL)legitymujący/a się dowodem osobistym nr:
(numer i seria dowodu osobistego)upoważniam Pana/Panią:
(imię i nazwisko)legitymujący/a się dowodem osobistym nr:
(numer i seria dowodu osobistego)

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