

## Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko pacjenta: .....

adres .....

Pesel .....

Ja niżej podpisana/y legitymująca/y się dowodem osobistym Seria ..... Nr .....

upoważniam Pana/Panią ..... legitymującego się dowodem

osobistym Seria ..... Nr ..... do odbioru dokumentacji medycznej.

.....  
( Data i czytelny podpis pacjenta )

**SSM -A-122**