**Imię i nazwisko Wnioskodawcy: …………………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PESEL:**

**Adres zamieszkania:……………………………………………..**

**Nr tel. do kontaktu: ……………………………………………..**

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Ja niżej podpisany/ -a upoważniam Pana/Panią**

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………..

Pesel/seria i nr dowodu osobistego ……………………………………………………………..

Telefon kontaktowy …………………………………………………………………………….

do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta.

………………………….. …………………………..

miejscowość, data podpis pacjenta