**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

…………………………………….........  
 **(imię i nazwisko pacjenta)**

……………………………………………  
 **(PESEL)**

……………………………………………  
 **(adres)**

Wyrażam zgodę na wydanie mojej dokumentacji medycznej

Pani/Panu…………………………………………………………………………………..  
 **(imię i nazwisko)**

legitymującej/-mu się dowodem osobistym nr ………………………………………….

……………………………………………  
 (**data i podpis pacjenta)**