**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)**