

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZEJ

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej wymagane jest w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.

### Upoważniam Pana / Panią:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

.....

PESEL .....

Legitymującego (ca) się dowodem tożsamości:.....

### do odbioru dokumentacji medycznej Pana / Pani :

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania .....

.....

Pesel .....

Legitymującego (ca) się dowodem tożsamości:.....

.....  
data

.....  
(czytelny podpis Upoważniającego)

.....  
data i czytelny podpis pracownika CZP w Słupsku