



## UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisana/ny .....  
(imię i nazwisko)

Legitymująca/cy się dokumentem tożsamości: ..... (nazwa)

Seria i numer: ..... PESEL .....

## UPOWAŻNIAM

Panią/Pana.....  
(imię i nazwisko)

Legitymującą/cego się dokumentem tożsamości ..... (nazwa)

Seria i numer: ..... PESEL .....

do odbioru dokumentacji medycznej mojej\*/dziecka pod opieką\*/osoby pod opieką prawną\*  
w trybie jednorazowym\*/na czas nieokreślony\* w zakresie pełnym\*/badań diagnostycznych\*

.....  
(Data i czytelny podpis osoby upoważniającej)

.....  
(Podpis pracownika przyjmującego upoważnienie)

\*Niepotrzebne skreślić