

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany/a Imię:

Nazwisko:

legitymujący/a się dowodem tożsamości (Rodzaj, seria, numer).....

zgodnie z aktualnie obowiązującą ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

upoważniam Pana/Panią (Imię i Nazwisko)

legitymującego/cą się dowodem tożsamości (Rodzaj, seria, numer).....

do odbioru mojej dokumentacji medycznej.

.....
podpis pełnomocnika

.....
miejsce, data

.....
podpis pacjenta