

**UPOWAŻNIENIE PACJENTA DO WYDANIA  
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ / ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ \***

Ja, niżej podpisana .....

Legitymująca się dowodem tożsamości:.....

Seria ..... numer ..... PESEL.....

**Upoważniam Pana / Panią\***.....

Legitymującą się dowodem tożsamości: .....

Seria ..... numer..... PESEL .....

do odbioru dokumentacji medycznej TAK / NIE \*.....

wyników badań TAK / NIE \*.....

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

.....  
(data, czytelny podpis upoważniającego)

.....  
(czytelny podpis upoważnionego)

\* Niepotrzebne skreślić