

Wrocław, dnia

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej

Dane upoważniającego (pacjent/przedstawiciel ustawowy pacjenta*):

.....
(Imię, nazwisko) (PESEL lub data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie upoważniającego (j. w.)

Upoważniam Pana/Panią *(proszę wypełnić drukowanymi literami)*

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(inne dane identyfikujące osobę np. adres zamieszkania lub numer dokumentu tożsamości)

do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta *(dane pacjenta)*

.....
(Imię, nazwisko i PESEL lub data urodzenia pacjenta)

.....
(data i podpis osoby upoważniającej)

Potwierdzam złożenie podpisu przez upoważniającego w mojej obecności:

.....
Data i podpis pracownika DCOPIH

* Niepotrzebne skreślić