

UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE DO ODBIORU
(odpowiednie zaznaczyć)

nr

- WYNIKU BADANIA.....,
- inny dokument
- KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ WSKAZANEJ WE WNIOSKU O UDOSTĘPNIENIE

DANE PACJENTA, którego dotyczy dokumentacja:

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(PESEL pacjenta)

Ja, niżej podpisany
(imię i nazwisko opiekuna ustawowego / pacjenta pełnoletniego)

upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej:

.....
(imię i nazwisko)

.....
czytelny podpis (imię i nazwisko) ustawowego / pacjenta pełnoletniego

Uwaga: DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ KONIECZNE JEST OKAZANIE DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI OSOBY UPOWAŻNIONEJ

Potwierdzam odbiór: data 20.....-.....-.....,

.....
czytelny podpis (imię i nazwisko) osoby upoważnionej