

....., dnia.....¹**UPOWAŻNIENIE**

Ja, niżej podpisana /-ny:.....

PESEL:.....

UPOWAŻNIAM:

PANIA / PANA.....

.....

PESEL:.....

legitymującą / -ego się dokumentem tożsamości²o numerze²**DO:**

1. dostępu do dokumentacji medycznej z przebiegu mojego leczenia / z przebiegu leczenia

pozostającej (-ego) pod moją opieką prawną:

.....

PESEL:

¹ Miejscowość i data² Podać rodzaj i numer dokumentu tożsamości

2. Informacji o stanie zdrowia mojego lub pozostającej (-ego) pod moją opieką prawną:

.....

PESEL:

3. Odbioru recept wystawionych dla mnie lub

pozostającej (-ego) pod moją opieką prawną:

.....

PESEL:

.....
podpis Pacjenta lub Opiekuna prawnego