

PO. RCU. 2007

Upoważnienie do wydania dokumentacji

Dane upoważniającego (Pacjent /przedstawiciel ustawowy pacjenta*):

Imię, nazwisko

PESEL:

Adres zamieszkania

Oświadczenie upoważniającego (j.w.)

Upoważniam Pana/Panią (Proszę wypełnić drukowanymi literami)

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Legitymującego się dokumentem tożsamości:

do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta (dane pacjenta)

.....

(Imię, nazwisko i PESEL pacjenta)

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

Potwierdzam złożenie podpisu przez upoważniającego w mojej obecności:

.....
Data/podpis pracownika Podmiotu leczniczego

* Niepotrzebne skreślić