

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany/a Imię:

Nazwisko:

legitymujący/a się dowodem tożsamości (Rodzaj, seria, numer)

.....

zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw
Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52, poz. 417 z późn. zm.)

upoważniam Pana/Panią (Imię i Nazwisko)

.....

legitymującego/cą się dowodem tożsamości (Rodzaj, seria, numer)

.....

do odbioru mojej dokumentacji medycznej.

.....
podpis pełnomocnika

.....
miejsce, data

.....
podpis pacjenta