

## UPOWAŻNIENIE do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta

**Dane osoby upoważniającej :**                      **Miejscowość i data.....**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
PESEL

.....  
nr telefonu

Ja, niżej podpisany ....., działając na podstawie art.26 ust  
1 i 2 ustawy z dn.06.11.2008r o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w związku ze  
złożonym przeze mnie wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej z dnia  
....., niniejszym upoważniam do odbioru udostępnionej dokumentacji  
medycznej :

**Dane osoby upoważnionej :**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
PESEL lub rodzaj i nr dokumentu potwierdzający tożsamość

.....  
Podpis osoby upoważniającej