

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany/a Imię:

Nazwisko:

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

.....

zgodnie z aktualnie obowiązującą ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

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