



Kraków, dnia.....

## Upoważnienie jednorazowe do wydania dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany /na

.....

legitymujący /ca się dokumentem tożsamości:

.....numer:.....seria:.....

numer PESEL / data urodzenia upoważniającego:.....

Upoważniam Pana / Panią

.....legitymującego się dokumentem

tożsamości:.....numer: .....seria:.....

Numer PESEL / data urodzenia upoważnionego:.....do odbioru  
dokumentacji medycznej mojej\* / mojego dziecka\*

imię, nazwisko dziecka.....

PESEL, data urodzenia:.....

.....

.....

.....

rodzaj dokumentacji medycznej

.....

data i czytelny podpis pacjenta

\*proszę zakreślić właściwe