

Upoważnienie do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/a PESEL.....
(imię i nazwisko)

Zamieszkały/a.....

legitymujący/a się dowodem osobistym
(seria i numer dowodu)

upoważniam PESEL
(imię i nazwisko)

Zamieszkałego/-łą

legitymujący/ a się dowodem osobistym nr seria.....

do odbioru dokumentacji medycznej:
(zaznaczyć „ x” właściwe)

mojej

mojego dziecka

osoby, w stosunku do której jestem ustanowionym sądownie opiekunem prawnym

.....
(imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania)

UWAGA: Do odbioru dokumentacji medycznej niezbędne jest orzeczenie sądu

.....
(data i czytelny podpis osoby upoważniającej
do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej)

.....
(data i czytelny podpis osoby upoważnionej)

Sprawdzono tożsamość osoby upoważnionej
(data i czytelny podpis osoby wydającej kserokopię dokumentacji medycznej)