

.....
(miejsowość, data)

UPOWAŻNIENIE PACJENTA DO Udostępnienia dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisana/y

numer PESEL (upoważniającego)

upoważniam Pana / Panią

.....

- wyników badań
- recepty
- skierowania
- zaświadczenia o stanie zdrowia

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

.....
(czytelny podpis osoby upoważniającej)

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