

Załącznik nr 4

.....
miejsowość, data

**Upoważnienie
do odbioru dokumentacji medycznej**

1. Imię i nazwisko*:

.....

2. Adres zamieszkania:

.....

3. Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Ja niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym Seria Nr
upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem wniosek
w dniu Pana/ią
legitymującego/ą się dowodem osobistym Seria Nr

.....
data i podpis osoby przyjmującej upoważnienie

.....
czytelny podpis upoważniającego*