



UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:	Dowód tożsamości: rodzaj, seria, numer
Adres:	
Kod pocztowy i miejscowość:	Ulica i numer domu:

Upoważniam **Pana/Panią:**
Imię i nazwisko

legitymującego/a/ się dowodem tożsamości:
rodzaj, seria, numer

do odbioru dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby:

.....
(nr badania lub okres, w którym badanie się odbyło, nr historii choroby lub okres, w którym pacjent/ka był leczony/a)

.....
(data i podpis pacjenta)

Stwierdzam przyjęcie upoważnienia w dniu
(podpis pracownika NU-MED GRUPA)