



.....  
*miejsowość, data*

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, .....  
*(Imię i nazwisko)*

PESEL:												
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zamieszkały/-a: .....  
.....

działając na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta  
**upoważniam**

Pana/Panią\*: .....

PESEL:												
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

do odbioru dokumentacji medycznej: .....  
.....  
.....

za okres.....

Ponadto oświadczam, iż zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

.....  
*data i czytelny podpis osoby upoważniającej*