

Chorzów, dnia.....

**Upoważnienie**

**do złożenia wniosku o dokumentację medyczną\*/ do odbioru dokumentacji medycznej\***

**1. Dane udzielającego upoważnienia**

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Nr telefonu kontaktowego.....

**2. Oświadczenie udzielającego upoważnienia**

Ja niżej podpisany/-a upoważniam Pana/Panią

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Nr telefonu kontaktowego.....

do złożenia wniosku o dokumentację medyczną\*/ odbioru dokumentacji medycznej pacjenta\*

.....  
(imię, nazwisko, PESEL pacjenta, którego dotyczy wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej):

.....  
(czytelny podpis)