

.....
Miejscowość, data

DANE OSOBY UPOWAŻNIAJĄCEJ:

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
Nr telefonu

**UPOWAŻNIENIE
DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA**

Ja, niżej podpisany, działając na podstawie art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w związku ze złożonym przeze mnie wnioskiem o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej z dnia/w dniu¹, niniejszym upoważniam do odbioru udostępnionej dokumentacji medycznej:

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ:

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL lub rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Podpis osoby upoważniającej

¹ Data wniosku lub data jego złożenia w podmiocie leczniczym - niepotrzebne skreślić