…………………………………………

miejscowość i data

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisana/y…………………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

legitymująca/y się dokumentem tożsamości

PESEL

……………………………………………………………………..seria i numer:…………………………………………………

np. dowód osobisty/paszport

upoważniam Panią/Pana…………………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko

legitymującą/ego się dokumentem tożsamości……………………………………………………………………………

np. dowód osobisty/paszport

seria i numer: ……………………………………………………………………… do odbioru dokumentacji medycznej.

*Oświadczam, iż zostałem poinformowany, że za składanie fałszywych dokumentów*

*zgodnie z art. 270 Kodeksu Karnego grozi odpowiedzialność karna.*

……………………………………………………

czytelny podpis pacjenta/opiekuna faktycznego/opiekuna prawnego

D-1 -4