

.....
Miejscowość, data

UPOWAŻNIENIE
do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/na.....PESEL.....
(imię i nazwisko)

zam.....

legitymujący/ca się dowodem osobistym nr.....seria.....

wydanego przez.....

upoważniam.....PESEL.....
(imię i nazwisko)

zam.....

legitymujący/ca się dowodem osobistym nr.....seria.....

wydanego przez.....

do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej z Poradni / Oddziału*.....

mojej

mojego dziecka.....
(imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania)

osoby, w stosunku do której jestem ustanowionym sądownie opiekunem prawnym t.j.

.....
(imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania)

(do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej niezbędne jest orzeczenie sądu).

.....
data i czytelny podpis osoby upoważniającej
do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej

.....
data i czytelny podpis osoby upoważnionej

* właściwe zaznaczyć

Sprawdzono tożsamość osoby upoważnionej
data i czytelny podpis osoby wydającej kserokopię dokumentacji medycznej