Świdnik ,dnia..................................

**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU OSOBY BLISKIEJ
DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię i Nazwisko pacjenta...............................................................................................................

Adres zamieszkania….....................................................................................................................

nr PESEL……………………………………………………………………………………………………………………………………

U P O W A Ż N I A M

do udostępnienia dokumentacji medycznej , o której udostępnienie złożyłem/złożyłam wniosek
w dniu................................................. Panią / Pana:

Imię i Nazwisko .............................................................................................................................

Adres zamieszkania …....................................................................................................................

nr PESEL……………………………………………………………………………………………………………………………………

Data i czytelny podpis pacjenta, Data i czytelny podpis osoby

który udziela upoważnienia przyjmującej upoważnienie

................................................. .....................................................