

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, który udziela upoważnienia

.....

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej upoważnienie

.....