



Centrum Diagnostyczno - Lecznicze
„Barska” Sp. z o. o.

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

PESEL:.....

Tel. kontaktowy:.....

Ja, niżej podpisany/a legitymujący/a się dowodem osobistym seria nr
upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem
wniosek w dniu Pana/Panią
legitymującego/jącą się dowodem osobistym seria nr

Upoważnienie jest jednorazowe.

.....
data i czytelny podpis pacjenta

.....
podpis przyjmującego upoważnienie