**Upowa**ż**nienie**

do wydania dokumentacji medycznej

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

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

seria ................................. numer ......................................................................

Upoważniam Panią/ Pana:

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

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Legitymującą/cego się dokumentem tożsamości: ………………………………….

 (rodzaj dokumentu)

seria .................................. numer .......................................................................................

do odbioru dokumentacji medycznej.

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

(data i czytelny podpis upoważniającego)