

.....dnia,
miejsowość data

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisana/y

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

PESEL

Zamieszkała/y.....

Legitymująca/y się dowodem osobistym:

(seria/numer).....

wydanym przez

Upoważniam Panią/Pana

.....
(imię i nazwisko)

Legitymująca/ego się dowodem osobistym:

(seria/numer).....

wydanym przez

Upoważniam do obioru mojej dokumentacji medycznej z leczenia / udzielenia pierwszej pomocy przez SPZZOZ Miejskiej Stacji Pogotowia z Przychodnią w Sopocie, o udostępnienie której złożyłam/em wniosek w dniu

.....
czytelny podpis osoby udzielającej upoważnienia

.....
czytelny podpis osoby upoważnionej