

.....  
(miejsowość, data)



## UPOWAŻNIENIE Do odbioru dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany.....PESEL.....  
zamieszkały/a.....  
legitymujący się dowodem osobistym nr.....seria.....  
wydanego przez.....

### UPOWAŻNIAM

Pana/Panią.....  
(imię i nazwisko)

PESEL.....  
zamieszkałego/tą.....  
legitymujący się dowodem osobistym nr.....seria.....  
wydanego przez.....

**do odbioru dokumentacji medycznej z poradni/ pracowni/oddziału/laboratorium:**

.....

- mojej
- mojego dziecka .....  
(imię i nazwisko, PESEL)
- osoby, w stosunku do której jestem ustanowiony sądownie opiekunem prawnym t.j.  
.....  
(imię i nazwisko, PESEL)

.....  
(podpis osoby udzielające pełnomocnictwa)

.....  
Data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację medyczną