

COFNIĘCIE UPOWAŻNIENIA DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Miejscowość,data.....

Ja, niżej podpisana/y

(imię i nazwisko pacjenta)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zamieszkała/y.....

(ulica, numer domu/lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

Cofam upoważnienie

Pani/Panu

(imię i nazwisko upoważnionego)

urodzonej/ego.....

(data urodzenia upoważnianego)

do obioru mojej dokumentacji medycznej z leczenia.

.....

czytelny podpis pacjenta