

**Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej
z Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Leżajsku**

Dane upoważniającego Pacjenta:

Imię i nazwisko.....PESEL.....

Adres zameldowania.....

Data i miejsce urodzenia.....

Upoważniam Panią/Pana:.....

Legitymującą/ego się (rodzaj dokumentu).....

seria i numer.....

Do odbioru dotyczącej mnie dokumentacji medycznej wyszczególnionej we wniosku złożonym
dnia

.....

Data i czytelny podpis Pacjenta