

.....  
(miejscowość, data)

**UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Dane upoważniającego (Pacjent / przedstawiciel ustawowy pacjenta)\*

Imię, nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

**Oświadczenie upoważnianego**

Upoważniam Pana / Panią

Imię, nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Legitymującego/ej się dokumentem tożsamości nr.....

**do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta ( dane pacjenta )**

Imię, nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

.....

.....  
**(data i podpis osoby upoważniającej)**

Potwierdzam złożenie podpisu przez upoważniającego w mojej obecności:

.....

Data/podpis pracownika Revita CM

\*niepotrzebne skreślić