



## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a .....

imię i nazwisko czytelnie

nr PESEL: □□□□□□□□□□

upoważniam .....

imię i nazwisko czytelnie

nr PESEL: □□□□□□□□□□

do odbioru dokumentacji medycznej zgodnie ze złożonym wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej.

.....  
data, czytelny podpis osoby upoważniającej

---

### Wypełnia pracownik Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej

Tożsamość osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji medycznej potwierdzam na podstawie okazanego dokumentu tożsamości ze zdjęciem.

.....  
data, podpis pracownika Centrum

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej.

.....  
data, podpis osoby upoważnionej