



---

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ OSADZONEGO**

Ja niżej podpisany/a .....  
imię i nazwisko czytelnie

nr PESEL: □□□□□□□□□□□□

upoważniam .....  
imię i nazwisko czytelnie

nr PESEL: □□□□□□□□□□□□

do odbioru dokumentacji medycznej osadzonego

.....  
.....  
.....  
.....

wskazać rodzaj dokumentacji medycznej, datę udzielenia świadczenia medycznego

.....  
data, podpis i pieczęć Dyrektora Aresztu

---

**Wypełnia pracownik Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej**

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną osadzonego zgodnie z upoważnieniem potwierdzam na podstawie okazania dokumentu tożsamości ze zdjęciem.

.....  
data, podpis pracownika Centrum

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej osadzonego.

.....  
data, czytelny podpis osoby upoważnionej