

**UPOWAŻNIENIE**

**1. Dane upoważniającego ( pacjent /przedstawiciel prawny pacjenta\*)**

..... PESEL 

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

Imię nazwisko pacjenta/przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego pacjenta

Telefon ..... Adres.....

**2. Oświadczenie upoważniającego**

Ja niżej podpisana/ny upoważniam do odbioru **mojej dokumentacji medycznej / osoby, której jestem prawnym opiekunem\*** ....., o której udostępnienie złożyłam/em wniosek w dniu .....

Panią/Pana: .....

Imię i nazwisko

zam.....

adres zamieszkania

legitymującego/ej się dokumentem tożsamości seria ..... nr.....

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

Potwierdzam złożenie podpisu przez upoważniającego w mojej obecności/ po potwierdzeniu telefonicznym

.....  
Data/podpis pracownika Centrum Zdrowia Jomadent

\*niepotrzebne skreślić