JOMADENT CENTRUM ZDROWIA **Druk : DP/ Up/2019**	**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

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