**UPOWAŻNIENIE  
DO ZŁOŻENIA WNIOSKU I ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA**

Ja niżej podpisana/y ………………………………………………………………………………………………

legitymująca/y się dowodem osobistym numer…………………… seria…………………………

numer PESEL (upoważniającego) ……………………………………………………………………………

upoważniam Panią/Pana ……………………………..………………………………………………………..

legitymującą/go się dowodem osobistym numer …………………. seria ……………………….

lub numer PESEL (upoważnionego) …………………………………………………………………..

do złożenia wniosku i odbioru dokumentacji medycznej dotyczącej …………………………………………………………………….. (wskazać imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta) z gabinetu zmarłego lekarza/ lekarza dentysty …………………………………………………………………………………………………………..……...

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

………………………………………………………….

data i czytelny podpis upoważniającego  
(pacjenta)

*Osoba upoważniona do złożenia wniosku i odbioru dokumentacji medycznej zobowiązana jest posiadać ze sobą dokument tożsamości.*