

.....  
miejsowość, data

**DANE OSOBY UPOWAŻNIAJĄCEJ - PACJENTA:**

.....  
imię i nazwisko

.....  
PESEL

.....  
nr telefonu

**UPOWAŻNIENIE  
DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA**

Ja, niżej podpisana/y ....., działając  
na podstawie art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i  
Rzeczniku Praw Pacjenta, w związku ze złożonym wnioskiem o udostępnienie mojej  
dokumentacji ..... medycznej

.....  
(data założenia wniosku lub wskazanie zakresu żądanej dokumentacji)

niniejszym upoważniam do odbioru udostępnionej dokumentacji medycznej:

**DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ:**

.....  
imię i nazwisko

.....  
PESEL lub rodzaj i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość

.....  
(podpis pacjenta)