



Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii

w Opolu

45-066 Opole ul. Reymonta 8

Upoważnienie do wydania dokumentacji

Opole, dnia

Dane upoważniającego (Pacjent /przedstawiciel ustawowy pacjenta *):

.....
(Imię, nazwisko) (PESEL)
.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie upoważniającego (j.w.)

Upoważniam Pana/Panią (Proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....
(Imię i nazwisko)
.....
(adres zamieszkania)

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

do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta (dane pacjenta)

.....
(Imię, nazwisko i PESEL pacjenta)

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

* Niepotrzebne skreślić