**Upoważnienie do wydania dokumentacji**

Opole, dnia …………………………………….

Dane upoważniającego (Pacjent/przedstawiciel ustawowy pacjenta\*):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..(imię i nazwisko) (PESEL)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…(adres zamieszkania)

**Oświadczenie upoważniającego** (jw.)

Upoważniam Pana/Panią

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…(imię i nazwisko)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…(adres zamieszkania)

legitymującego/ej się dokumentem tożsamości nr…………………………………………………………………………………………

**do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta** (dane pacjenta)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…(imię i nazwisko, PESEL pacjenta)

……..……………..…….………………………..

 (data i podpis osoby upoważniającej)

\*Niepotrzebne skreślić