

Bydgoszcz, dn.

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane udzielającego upoważnienia (pacjenta / przedstawiciela ustawowego pacjenta / opiekuna prawnego pacjenta):

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres zamieszkania:

Oświadczenie udzielającego upoważnienia.
Ja niżej podpisany/-a, upoważniam Pana / Panią:

Imię i nazwisko:
PESEL:

do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i nazwisko:
PESEL:

Oświadczenie udzielającego upoważnienia:

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia i nazwiska oraz numeru PESEL, w celu udostępnienia w/w dokumentacji medycznej.

Upoważnienia udzielam (*właściwie zaznaczyć*):

- na okres:
- bezterminowo.

.....
(Data i czytelny podpis udzielającego upoważnienia)