



Miejsko-Gminna Przychodnia w Świeciu

Świecie, dn.

Oświadczenie pacjenta - wydanie dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/a

PESEL

Dokument tożsamości

Numer seria

Upoważniam

Panią/ Pana

Numer PESEL

Dokument tożsamości

Numer seria

do odbioru dokumentacji medycznej

.....
.....
.....
.....

(rodzaj dokumentacji medycznej)

Rodzaj upoważnienia:

* właściwe zaznaczyć

- Upoważnienie jednorazowe do wydania dokumentacji medycznej
- Upoważnienie stałe do wydania dokumentacji medycznej
- Upoważnienie na wypadek śmierci do wydania dokumentacji medycznej

.....
(czytelny podpis pacjenta)