……………..…………………………….

Miejscowość, data

**DANE OSOBY UPOWAŻNIAJĄCEJ:**

………………………………………….

Imię i nazwisko

………………………………………….

PESEL

………………………………………….

Nr telefonu

**UPOWAŻNIENIE**

**DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA**

Ja, niżej podpisany ………………………............…………………., 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 przeze mnie wnioskiem o udostępnieniem mojej dokumentacji medycznej z dnia/w dniu[[1]](#footnote-1) ………………………………….., niniejszym upoważniam do odbioru udostępnionej dokumentacji medycznej:

**DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ:**

…………………………………………….……….

Imię i nazwisko

…………………………………………….……….

PESEL lub rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

…………………………………………….……….

**Podpis osoby upoważniającej**

1. Data wniosku lub data jego złożenia w podmiocie leczniczym - niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)