

# UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

\*Upoważnienie wypełnia pacjent/przedstawiciel ustawowy pacjenta. Upoważnienie należy wypełnić w obecności personelu zakładu leczniczego i dołączyć do wniosku. Osoba upoważniona zobowiązuje się przedłożyć podczas odbioru dokumentacji dowód tożsamości.

## 1. DANE OSOBY UPOWAŻNIAJĄCEJ - PACJENT/RODZIC/OPIEKUN PRAWNY

Nazwisko ..... Imię .....

Adres: ulica i numer domu/ mieszkania.....  
.....

Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

Nr PESEL .....Dowód osobisty.....

Nr telefonu komórkowego .....e-mail.....

**Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 159) UPOWAŻNIAM**

## 2. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO ODBIORU

Nazwisko ..... Imię .....

Adres: ulica i numer domu/ mieszkania.....  
.....

Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

Nr PESEL .....Dowód osobisty.....

Nr telefonu komórkowego .....

**do odbioru mojej dokumentacji medycznej w EVADENT 2 s.c. Centrum Stomatologii Laserowej i Protetyki ul. Brynicka 17 Wrocław.**

.....  
Data wypełnienia wniosku

.....  
Czytelny podpis osoby upoważniającej

.....  
Podpis osoby przyjmującej upoważnienie