……………………………………………

*(miejscowość, data)*

…………………………………………………………………

*(imię i nazwisko pacjenta)*

…………………………………………………………………

*(PESEL)*

…………………………………………………………………

*adres zamieszkania (ulica, nr budynku, nr lokalu mieszkalnego)*

…………………………………………………………………

*adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość)*

**Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej**

Upoważniam …………………………………………………………….. PESEL …………………………………,

*(imię i nazwisko osoby upoważnianej) (PESEL osoby upoważnianej)*

legitymującą/cym się dowodem osobistym ………………………………………………………………

*(seria i numer dowodu osobistego)*

do odbioru w moim imieniu dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia

w ……………………………………………………………….……. Szpitala Specjalistycznego w Zabrzu Sp. z o. o.

*(nazwa oddziału lub poradni)*

…………………………………………………….

*(podpis pacjenta)*