

.....  
Miejscowość, data

.....  
Imię i nazwisko

.....  
PESEL

.....  
nr dokumentu tożsamości

.....  
Adres

.....  
Telefon

### **UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisany / podpisana upoważniam Pana / Panią .....,  
legitymującego(a) się dowodem osobistym  
o numerze ....., nr PESEL ....., do odebrania  
w moim imieniu kserokopii mojej dokumentacji medycznej z poradni  
....., za okres .....

.....  
czytelny podpis

### **Potwierdzenie odbioru**

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej

w dniu .....

.....  
(Podpis odbierającego)

.....  
(Podpis pracownika „MEDIPOZ” Sp. z o.o.)