



**Załącznik nr 3a do Procedury Z13**

<b>UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</b>			
Ja, niżej podpisany:			
Imię i nazwisko:		PESEL:	
Adres zamieszkania:			
Numer dowodu tożsamości:		Numer telefonu:	
Upoważniam:			
Imię i nazwisko:		PESEL:	
Adres zamieszkania:			
Numer dowodu tożsamości:		Numer telefonu:	
do odbioru mojej dokumentacji medycznej.			
Miejscowość:			
<hr/>		<hr/>	
(data i czytelny podpis osoby upoważniającej)		(data i czytelny podpis osoby upoważnionej)	