**UPOWAŻNIENIE**

Ja niżej podpisana/y,

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………..………….………………………..

Nr PESEL:………………………………………………………………………………..…………………………………..

Upoważniam Pana/nią, (Imię i nazwisko)……………………………………..………………………………,

nr PESEL:…………………………………………………………………………………….……………..………………..

do zasięgania informacji o stanie mojego zdrowia / uzyskania dokumentacji medycznej / odbioru recept / odbioru wyników badań diagnostycznych\*.

Data wystawienia upoważnienia:………………………………………………………………………….……..

Podpis osoby wystawiającej upoważnienie:………………………………………………………………….

\*niepotrzebne skreślić