

Miejscowość,data.....

Ja, niżej podpisana/y

(imię i nazwisko pacjenta)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zamieszkała/y.....

(ulica, numer domu/lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

Upoważniam
jednorazowo/do czasu odwołania*

Panią/Pana

(imię i nazwisko upoważnionego)

urodzoną/ego.....

(data urodzenia upoważnianego)

do obioru mojej dokumentacji medycznej z leczenia, o udostępnienie której złożyłam/em wniosek

w dniu**

Oświadczam, że zostały mi przekazane informacje wynikające z art. 13 RODO.

.....
czytelny podpis pacjenta

.....
czytelny podpis upoważnionego

*niewłaściwe skreślić

**wypełnić tylko w przypadku upoważnienia jednorazowego