

....., dnia.....

### UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Niniejszym upoważniam Pana/ią .....

(Imię i nazwisko)

.....

(Adres)

legitymizujący/a się dowodem osobistym .....

(seria i numer dowodu osobistego)

do odbioru dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem/am wnioski w dniu .....  
w SPGZOZ w Rzeszawie ul. Wiśniowa 30, 32-765 Rzeszawa/ Filia.....

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną potwierdzam na podstawie

.....  
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokości ..... za ..... stron dokumentacji medycznej.
3. Wystawiono fakturę nr ..... z dnia .....
4. Dokumentację wydano dnia .....

.....  
(czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)

.....  
(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

5. Wysłano listem poleconym nr nadawczy ..... dnia .....

.....  
(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)