HADMEDICA

[03-044 Warszawa, ul. Płochocińska 111, tel: 22 452 40 55, email: recepcja@hadmedica.pl](mailto:recepcja@hadmedica.pl)

**Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej**

Ja …………………………………………………………….

nr PESEL …………………………………………….

legitymująca/y się: dowodem osobistym/innym dokumentem tożsamości[[1]](#footnote-1)

seria: ……………. nr:………………………

upoważniam Pana/Panią ………………………………………………………………………………….

legitymującego/ą się: dowodem osobistym/innym dokumentem tożsamości[[2]](#footnote-2)

seria: ………………….. nr: …………………………….

do odbioru mojej dokumentacji medycznej.

…………………………………………………..

( Data i czytelny podpis pacjenta )

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)