

Ciechanów, dnia.....

**DANE OSOBY UPOWAŻNIAJĄCEJ:**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
PESEL

.....  
Nr telefonu

**UPOWAŻNIENIE  
DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA**

Ja, niżej podpisany ....., działając na podstawie art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w związku ze złożonym przeze mnie wnioskiem o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej z dnia/w dniu<sup>1</sup> ....., niniejszym upoważniam do odbioru udostępnionej dokumentacji medycznej:

**DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ:**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
PESEL lub rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....  
**Podpis osoby upoważniającej**

---

<sup>1</sup> Data wniosku lub data jego złożenia w podmiocie leczniczym - niepotrzebne skreślić