

WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII



UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU (ODBIORU) DOKUMENTACJI  
MEDYCZNEJ

Załącznik 3/P1-EŚM

Edycja 3  
z dnia 09.11.2021 r.

.....  
*imię i nazwisko pacjenta – upoważniającego*

PESEL

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

Ja, niżej podpisany, na podstawie art. 26 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

**Upoważniam Pana / Panią**

.....  
*Imię i nazwisko upoważnianego*

PESEL

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

Do odbioru dokumentacji medycznej zgodnie z danymi zawartymi we **wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej** z dnia .....

.....  
*data*

.....  
*Czytelny podpis pacjenta – upoważniającego*