

Zgorzelec, .....

.....  
*Imię i nazwisko pacjenta*

.....  
*Pesel pacjenta*

.....  
*Nr dowodu osobistego pacjenta*

### **Upoważnienie**

Upoważniam Panią/ Pana .....  
PESEL .....  
seria i nr. dowodu osobistego .....  
zam. ....  
do odbioru mojej dokumentacji medycznej - .....  
.....  
.....  
w WS-SPZOZ w Zgorzelcu, ul. Lubańska 11-12.

.....  
*czytelny podpis*