

Warszawa, dnia _____

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Numer telefonu: _____

Adres email: _____

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

Niniejszym upoważniam

(Imię, nazwisko, adres, nr telefonu os. upoważnionej)

legitymującej(go) się dowodem osobistym

(seria i numer dowodu osobistego)

do odbioru dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem/am wniosek w Onkolmed Lecznica Onkologiczna s.c., 02-776 Warszawa, ul. Nowoursynowska 139L.

(podpis Pacjenta)

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną potwierdzam na podstawie

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

Dokumentację wydano dnia

(podpis Wnioskodawcy)

(data i podpis osoby przyjmującej)