**UPOWAŻNIENIE**

Ja, niżej podpisana/y …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pacjent/ka „Kleszczowskiej Przychodni Salus” sp. z o.o. niniejszym upoważniam:

………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………….

*(dane osoby upoważnionej, imię nazwisko, PESEL)*

do odbioru następującej dokumentacji medycznej i innej dotyczącej mojej osoby:

1. recepty,
2. wyniki badań diagnostycznych,
3. inne zaświadczenia …………………………………………….…………………………………………………………………………………

\*Upoważnienie zostaje udzielone do odwołania.

\*Upoważnienie zostaje udzielono wyłącznie jednorazowo.

*\*niewłaściwe skreślić* data/czytelny podpis Pacjenta/ki………………………………………………..………………......

**JAK GO WYPEŁNIĆ**

**UPOWAŻNIENIE**

Ja, niżej podpisana/y: *ANNA NOWAK, zam. w Kleszczowie, ul. Klonowa 13,*

Pacjent/ka „Kleszczowskiej Przychodni Salus” sp. z o.o. niniejszym upoważniam:

*DAMIANA KOWALSKIEGO, PESEL 7… … … … … … … … …3,*

*(dane osoby upoważnionej, imię nazwisko, PESEL)*

do odbioru następującej dokumentacji medycznej i innej, dotyczącej mojej osoby:

1. recepty,
2. ~~wyniki badań diagnostycznych,~~
3. ~~inne zaświadczenia …………………………………………….…………………………………………………………………………………~~

~~\*Upoważnienie zostaje udzielone do odwołania.~~

\*Upoważnienie zostaje udzielono wyłącznie jednorazowo.

*\*niewłaściwe skreślić* data/czytelny podpis Pacjenta/ki 02.07.2018R, ANNA NOWAK