



SAMODZIELNY  
PUBLICZNY SZPITAL  
KLINICZNY NR 2  
PUM w Szczecinie

## Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/podpisana, upoważniam Pana/Panią.....  
zamieszkałego/zamieszkałą.....legitymującego/legitymującą się  
dowodem osobistym, seria i numer ..... do odbioru dokumentacji medycznej  
dotyczącej mojej osoby.

.....  
(czytelny podpis)

**Odebrano:**

Data:.....

Podpis:.....