



**Upoważnienie do wydania dokumentacji
znajdującej się w zbiorach UKS PUM Sp. z o.o.**

Szczecin, dnia _____

1. Dane upoważniającego (Pacjent /przedstawiciel ustawowy pacjenta *):

Imię i Nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

Nr PESEL

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

2. Oświadczenie Upoważniającego:

Upoważniam Pana/Panią (Proszę wypełnić drukowanymi literami)

Imię i Nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

Identyfikator dokumentu (np. numer i seria dowodu osobistego): _____

do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i Nazwisko _____

Nr PESEL

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

(data i podpis osoby Upoważniającej)