

## **UPOWAŻNIENIE**

Ja, imię i nazwisko .....

Adres, telefon.....

Upoważniam Panią /Pana.....

Adres, telefon.....

Do dostępu do informacji o stanie mojego zdrowia.

.....

data, podpis

i do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu mojego zdrowia oraz udzielanych mi świadczeń zdrowotnych.

.....

data, podpis