



# DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROBY PŁUC WE WROCLAWIU

53-439 WROCLAW UL. GRABISZYŃSKA 105

Wrocław, dnia .....

## Upoważnienie do wydania dokumentacji

Dane upoważniającego ( Pacjent /przedstawiciel ustawowy pacjenta \*) :

.....  
(Imię, nazwisko)

.....  
(PESEL)

.....  
(adres zamieszkania)

legitymującego/ej się dokumentem tożsamości nr.....

### Oświadczenie upoważniającego (j.w.)

Upoważniam Pana/Panią ( Proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania )

legitymującego/ej się dokumentem tożsamości nr.....

### do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta ( dane pacjenta )

.....  
(Imię, nazwisko i PESEL pacjenta)

.....  
(data i podpis osoby upoważniającej)

Potwierdzam złożenie podpisu przez upoważniającego w mojej obecności:

.....  
Data/podpis pracownika Kancelarii DCCHP

\* Niepotrzebne skreślić