**Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii**

**w Opolu**

**45-066 Opole ul. Reymonta 8**

**Upoważnienie do wydania dokumentacji**

 **Załącznik nr 2**

Opole, dnia ………………………..

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

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

(Imię, nazwisko) (PESEL)

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

 (adres zamieszkania)

**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)**

\* Niepotrzebne skreślić