

Skierniewice, dnia .....

**Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej**

Ja niżej podpisana/y .....

PESEL .....

upoważniam Panią/Pana .....

PESEL .....

*(w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)*

do odbioru z Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. Stanisława Rybickiego mojej dokumentacji medycznej.

Podpis .....