**Upoważnienie do jednorazowego odbioru dokumentacji medycznej**

**Informacja dla Pacjenta**

Upoważnienie do jednorazowego odbioru dokumentacji medycznej wystawia osobiście Pacjent.

 …………………………., dnia ………………..…

Dane Pacjenta

1. Imię (imiona) i nazwisko………………………………………………………………………………………………..……………….......................

2. PESEL ……………………………………………….……………………………………………………………………………………….………………………..

3. Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania) ………………………………………………………………………………………….………………………………………………….…………….…....……………………………………………………………………………………………………………………….….....................................……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Upoważniam do jednorazowego odbioru dokumentacji medycznej następującą osobę: ……………………………………………………………………………………………………………………………..............................……..…………………………………………………………………………………………………………..………………………………………….……....……………………………………………………………………………………………………………………………….………………..…………….

(proszę podać imię i nazwisko oraz adres zamieszkania osoby upoważnionej)

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

(czytelny podpis Pacjenta)

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych osób upoważniających oraz upoważnionych
do jednorazowego odbioru dokumentacji medycznej znajduje się na stronie eurodent.net.pl w zakładce RODO.**