



(miejscowość)....., dnia.....

GERLACH CLINIC SP. Z O.O. 43-300 Bielsko-Biała, ul. Legionów 26/28

REGON: 52624139

Tel. 784-313-511 784-313-611

E-mail: kontakt@gerlachclinic.pl

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu (opcjonalnie):

UPOWAŻNIENIE

DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/a, upoważniam Pana/Panią:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

PESEL osoby upoważnionej:

Seria i nr dokumentu tożsamości:

do odbioru w moim imieniu dokumentacji medycznej z leczenia/badań realizowanych w:

GERLACH CLINIC SP. Z O.O. 43-300 Bielsko-Biała, ul. Legionów 26/28

Zakres upoważnienia (zaznaczyć właściwe):

☐ cała dokumentacja medyczna

☐ dokumentacja medyczna z okresu od do

☐ wyniki badań z dnia Upoważnienie jest ważne jednorazowo.

.....

(czytelny podpis Pacjenta)