

RADIMED Sp. z o.o.  
ul. Wojska Polskiego 3/1, 59-220 Legnica  
tel. 76 847 99 33 lub 76 847 99 66



Zapraszamy:  
poniedziałek – piątek 8:00 – 15:00

.....  
miejsowość, data

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/a, .....

zamieszkały/a .....

PESEL .....

**oświadczam, że wyrażam zgodę na wydanie kserokopii mojej dokumentacji**

Panu/Pani .....

.....  
czytelny podpis Pacjenta

### UWAGA!!!

Osoba odbierająca kserokopie musi posiadać przy sobie dokument tożsamości, a w przypadku osoby upoważnionej również pisemne upoważnienie.