



# LUBUSKIE CENTRUM ORTOPEDII

im. dr. Lecha Wierusza Spółka z o.o. w Świebodzinie

ul. Zamkowa 1  
66-200 Świebodzin

REGON 000290630  
NIP 9271938119

tel.: 68 475 06 01    http://www.loro.pl  
fax: 68 475 06 02,    mail: [lco@loro.pl](mailto:lco@loro.pl)

.....  
Miejscowość, data

## UPOWAŻNIENIE do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/na.....PESEL.....  
(imię i nazwisko)

zam.....

legitymujący/ca się dowodem osobistym nr.....seria.....

wydanego przez .....

### upoważniam

.....PESEL.....  
(imię i nazwisko)

zam.....

legitymujący/ca się dowodem osobistym nr.....seria.....

wydanego przez.....

do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej z Poradni / Oddziału\*.....

mojej

mojego dziecka .....  
(imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania)

osoby, w stosunku do której jestem ustanowionym sądownie opiekunem prawnym t.j.

.....  
(imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania)

(do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej niezbędne jest orzeczenie sądu).

.....  
data i czytelny podpis osoby upoważniającej

Sprawdzono tożsamość osoby upoważnionej .....  
(data i czytelny podpis osoby wydającej kserokopię dokumentacji medycznej)

\* właściwe zaznaczyć

**Upoważnienie do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej należy złożyć osobiście wraz z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej**