

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, dnia

\_\_\_\_\_  
Dane pacjenta (imię i nazwisko, pesel)

**UPOWAŻNIENIE  
dla punktu pobrań**

Zgodnie z § 32 ust. 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2006 roku  
1. \*Upoważniam / \*Nie Upoważniam Panią/Pana

\_\_\_\_\_/telefon \_\_\_\_\_  
*dane osoby upoważnionej (imię i nazwisko, nr dowodu osobistego)*

do otrzymywania informacji o wynikach moich badań i udzielonych świadczeniach zdrowotnych  
w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Puls – Med Sylwia Figura- Kluszczyńska  
ul. Grunwaldzka 66, 44-210 Rybnik

2. Upoważniam / \*Nie Upoważniam Panią/Pana

\_\_\_\_\_/telefon \_\_\_\_\_  
*dane osoby upoważnionej (imię i nazwisko, nr dowodu osobistego)*

do uzyskania dokumentacji medycznej z wykonanych badań w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej  
Puls – Med Sylwia Figura-Kluszczyńska ul. Grunwaldzka 66, 44-210 Rybnik.  
Dokumentację odbiorę :

osobiście / przez osobę upoważnioną / przez pocztę elektroniczną \*/ pod wskazanym adresem

e-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Czytelny podpis pacjenta*