Warszawa, dnia ……………………… r.

**UPOWAŻNIENIE**

Ja niżej podpisany/a …………………………………………………………………………, nr PESEL …………………………… nr dowodu osobistego ……………………………..., upoważniam

**adwokat Joannę Lazer oraz radcę prawnego Małgorzatę Hudziak**

do dostępu i gromadzenia mojej dokumentacji medycznej, w tym jej odbioru od podmiotów, które ją tworzą i przechowują.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(czytelny podpis, data, miejsce*)