

UPOWAŻNIENIE

DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta _____

Adres zamieszkania _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Ja niżej podpisany/na, legitymujący/a się dowodem osobistym seria _____

nr _____ upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej

Pana/ią _____ legitymującą/-ego się

dowodem osobistym seria _____ nr _____

Data i czytelny podpis
osoby upoważniającej.

Data i czytelny podpis
osoby upoważnionej
do odbioru dokumentacji medycznej