



Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

Proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami

.....
miejsowość, data

Dane upoważniającego:

Imię (imiona) i nazwisko.....

Adres:.....

Telefon:.....

upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem/am
wniosek w dniu

Pana/Panią (dane osoby upoważnionej)

Imię (imiona) i nazwisko.....

Numer PESEL:.....

Adres:.....

Telefon:.....

.....
data i czytelny podpis osoby upoważniającej