



.....
Miejscowość, data

.....
Imię, nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Dokument tożsamości

.....
Seria, numer

.....
Pesel

UPOWAŻNIENIE DO OBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Upoważniam Pana/Panią
legitymującego/ą się:

.....
Dokument tożsamości

.....
Seria, numer

do odbioru mojej dokumentacji medycznej.

.....
Podpis osoby upoważniającej

Osoba upoważniona zobowiązana jest przedstawić wymieniony wyżej dokument.