

UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/na

.....

Legitymujący/ca się dowodem tożsamości

Numer Seria

Numer PESEL/ data urodzenia upoważniającego

Upoważniam Pana/Panią

.....

Legitymującego się dowodem tożsamości

Seria Numer

Numer PESEL/ data urodzenia upoważnianego

do odbioru mojej dokumentacji medycznej.

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni
- okres leczenia

.....

data i czytelny podpis upoważniającego

.....

data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

Odbieram wnioskowaną dokumentację

.....

data i podpis