

.....
Imię, nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon

.....
Miejscowość, data

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko osoby upoważniającej:

PESEL: Adres:

Oświadczenie upoważniające

Upoważniam Panią / Pana

Adres zamieszkania:

Nr dokumentu tożsamości:

do odbioru dokumentacji medycznej (dane pacjenta):

..... PESEL:
(imię, nazwisko, PESEL)

.....
(data i podpis osoby upoważniającej)

.....
(data i podpis pracownika przyjmującego)