

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany:

Imię i nazwisko:		PESEL:	
Adres zamieszkania:			
Numer dowodu tożsamości:		Numer telefonu: <small>(pole nieobowiązkowe)</small>	

Upoważniam:

Imię i nazwisko:		PESEL:	
Adres zamieszkania:			
Numer dowodu tożsamości:		Numer telefonu: <small>(pole nieobowiązkowe)</small>	

do odbioru mojej dokumentacji medycznej

Miejscowość:	
<hr/>	<hr/>
(data i czytelny podpis osoby upoważniającej)	(data i czytelny podpis osoby upoważnionej)