

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer dowodu tożsamości:

Numer telefonu:

Upoważniam:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer dowodu tożsamości:

Numer telefonu:

do odbioru mojej dokumentacji medycznej.

Miejscowość:

(data i czytelny podpis osoby upoważniającej)

(data i czytelny podpis osoby upoważnionej)