

.....
(miejsowość, data)

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Upoważniam Panią/Pana:
(czytelnie imię i nazwisko)

Legitymująca/ego się:
(rodzaj dokumentu)

.....
(seria i numer dokumentu)

do odbioru dokumentacji medycznej.

DANE UPOWAŻNIAJĄCEGO:

Imię i nazwisko PESEL

Adres zamieszkania

Legitymująca/ego się:
(rodzaj dokumentu)

.....
(seria i numer dokumentu)

.....
(czytelny podpis Upoważniającego)