

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/na legitymujący/ca się dowodem osobistym
Imię i nazwisko

numer seria numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Upoważniam Pana/Panią legitymującego/cą się dowodem

osobistym numer seria numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

do odbioru dokumentacji medycznej
rodzaj dokumentacji medycznej

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

.....
Data i czytelny podpis osoby upoważniającej

.....
Data i czytelny podpis osoby przyjmującej
upoważnienie

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/na legitymujący/ca się dowodem osobistym
Imię i nazwisko

numer seria numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Upoważniam Pana/Panią legitymującego/cą się dowodem

osobistym numer seria numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

do odbioru dokumentacji medycznej
rodzaj dokumentacji medycznej

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

.....
Data i czytelny podpis osoby upoważniającej

.....
Data i czytelny podpis osoby przyjmującej
upoważnienie