

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej

Ja.....

Imię i nazwisko

Legitymujący(ca) się dokumentem tożsamości:

seria.....; numer.....

Upoważniam Pana/Panią:

.....

Imię i nazwisko

Legitymującego(cą) się dokumentem tożsamości:

seria; numer

do odbioru mojej dokumentacji medycznej

.....

/data/ /Czytelny podpis Upoważniającego/