



UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Warszawa,

Upoważniam Panią/Pana (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

.....
(imię i nazwisko)

legitymującą/ego się dokumentem tożsamości nr
do odbioru dokumentacji medycznej

.....
(imię i nazwisko Pacjenta)

Dane osoby upoważniającej

Imię i nazwisko

PESEL

.....
data i podpis osoby upoważniającej