

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

PESEL

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

Adres:

.....

Ja niżej podpisana/y legitymująca/y się dowodem osobistym Seria Nr
upoważniam Pana/Panią legitymującego się
dowodem osobistym Seria Nr do odbioru dokumentacji medycznej.

.....

Data wypełnienia

.....

Czytelny podpis pacjenta

.....

Pieczętka i czytelny podpis osoby zbierającej dane