

UPOWAŻNIENIE DO JEDNORAZOWEGO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

Ja niżej podpisany/a legitymujący/a się dowodem osobistym seria nr wydanym przez

..... upoważniam Pana/Panią

..... legitymującego/ą się dowodem osobistym seria.....

nr wydanym przez

do jednorazowego, osobistego odbioru mojej dokumentacji medycznej w postaci:

.....

(data i czytelny podpis pacjenta)

UPOWAŻNIENIE DO JEDNORAZOWEGO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

Ja niżej podpisany/a legitymujący/a się dowodem osobistym seria nr wydanym przez

..... upoważniam Pana/Panią

..... legitymującego/ą się dowodem osobistym seria.....

nr wydanym przez

do jednorazowego, osobistego odbioru mojej dokumentacji medycznej w postaci:

.....

(data i czytelny podpis pacjenta)