

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko pacjenta:,

adres

Pesel

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 i czytelny podpis pacjenta)