

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)