

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Upoważniam Panią/Pana:
Legitymującą/ego się (rodzaj dokumentu)
seria i numer

do odbioru dokumentacji medycznej

Dane upoważniającego:

Imię i nazwisko PESEL
Adres zameldowania
Legitymującą/ego się (rodzaj dokumentu)
seria i numer

.....

data i podpis osoby upoważniającej