

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisana/a

legitymująca/y się dokumentem tożsamości (seria i nr)*

numer PESEL (upoważniającego)

upoważniam Pana/Panią

legitymującego/ego się dokumentem tożsamości (seria i nr)

numer PESEL (upoważnionego)

do odbioru mojej dokumentacji medycznej.

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

.....
(data i czytelny podpis osoby upoważniającej)

*Osoba upoważniona do odbioru dokumentacji medycznej zobowiązana jest posiadać ze sobą dokument potwierdzający tożsamość.