

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisana/a
legitymująca/y się dokumentem tożsamości (seria i nr)* numer
PESEL (upoważniającego)

upoważniam Pana / Panią
legitymującą/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.