

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta:

adres

Pesel

Ja niżej podpisana/y upoważniam Pana/Panią

o nr i serii dokumentu potwierdzającego tożsamość.....

do odbioru dokumentacji medycznej.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)