

Upoważnienie
do odbioru kopii dokumentacji medycznej

Ja ,niżej podpisana/y.....

(imię i nazwisko, numer pesel ,adres)

Legitymująca/cy się dokumentem tożsamości (rodzaj).....(numer).....

Upoważniam Panią/Pana

Legitymującą/cego się dokumentem tożsamości (rodzaj).....(numer).....

Do odbioru kopii mojej dokumentacji medycznej.

.....

Podpis

