



UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisana/ny
(imię i nazwisko)

Legitymująca/cy się dokumentem tożsamości.....

Nr.....seria.....

PESEL.....

UPOWAŻNIAM

Panią/Pana.....
(imię i nazwisko)

Legitymująca/cego się dokumentem tożsamości.....

Nr.....seria.....

PESEL.....

do odbioru dokumentacji medycznej
mojej* / dziecka pod opieką* / osoby pod opieką prawną*
w trybie jednorazowym* / na czas nieokreślony*
w zakresie pełnym* / badań diagnostycznych*

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

.....
(Podpis pracownika przychodni przyjmującego upoważnienie)