



UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ STAŁE / JEDNORAZOWE

Wnioskodawca:

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
Adres zamieszkania cd.

.....
PESEL

Upoważniam Panią / Pana:

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
Seria i numer dokumentu tożsamości

Do odbioru mojej dokumentacji medycznej zgodnie ze złożonym wnioskiem.

.....
Data i podpis wnioskodawcy