

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/podpisana, upoważniam Pana/Panią.....
zamieszkałego/zamieszkałą.....legitymującego/legitymującą się
dowodem osobistym, seria i numer do odbioru dokumentacji medycznej
dotyczącej mojej osoby.

.....
(czytelny podpis)