

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

seria numer

Upoważniam Panią/ Pana:

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Legitymującą/cego się dokumentem tożsamości:
(rodzaj dokumentu)

seria numer

do odbioru dokumentacji medycznej.

.....
(data i czytelny podpis upoważniającego)