



UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Pana/ Panią:

Imię Nazwisko:

Legitymującego (cą) się dokumentem tożsamości:

Do odbioru dokumentacji medycznej Pani/ Pana:

Imię Nazwisko:

Legitymujący (cą) się dokumentem tożsamości:

.....

Data

.....

czytelny podpis upoważniającego