

UPOWAŻNIENIE

DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ / DO DOBIORU WYNIKU BADANIA*

Ja niżej podpisany

PESEL: _____

legitymujący się dowodem osobistym

(seria i nr dokumentu tożsamości)

upoważniam do uzyskania mojej dokumentacji medycznej / wyniku badania*

.....

(imię nazwisko)

PESEL: _____

legitymujący się dowodem osobistym

(seria i nr dokumentu tożsamości)

Data: ____ - ____ - ____ r.

Podpis osoby udzielającej upoważnienia: