

Legnica dnia

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej

Upoważniający/ca

Imię i nazwisko..... Pesel.....

Adres

Telefon

Oświadczenie upoważniającego (j.w)

Upoważniam Pana / Panią

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Legitymującego / ej się dokumentem tożsamości nr

Do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta

Imię i nazwisko..... Pesel.....

Data i podpis osoby upoważnionej.....