



**UPOWAŻNIENIE
DO ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja ,niżej podpisana/y.....
.....

(imię i nazwisko, numer pesel, adres)

Legitymująca/cy się dokumentem tożsamości (rodzaj).....(numer).....

Upoważniam Panią/Pana
(imię i nazwisko)

Legitymująca/cego się dokumentem tożsamości (rodzaj).....(numer).....

Do odbioru kopii mojej dokumentacji medycznej.

.....
(Data i Podpis)