

.....
Miejscowość, data

UPOWAŻNIENIE

DO JEDNORAZOWEGO ODBIORU UDOSTĘPNIONEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/na:

Imię i nazwisko

PESEL

Dane kontaktowe (adres zamieszkania)

.....

Upoważniam do jednorazowego odbioru udostępnionej dokumentacji medycznej następującą osobę:

Imię i nazwisko

PESEL

Numer dokumentu tożsamości

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

.....
Czytelny podpis osoby upoważniającej