

Warszawa, dnia

DANE WNIOSKODAWCY/ PACJENTA

.....
Imię i Nazwisko

.....
PESEL lub data urodzenia

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr dowodu tożsamości

.....
Telefon kontaktowy

UPOWAŻNIENIE

DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(w przypadku upoważnienia osoby innej, niż wskazana w dokumentacji medycznej)

Ja niżej podpisana/ny upoważniam osobę wskazaną poniżej do odbioru mojej dokumentacji medycznej.

.....
Imię i Nazwisko

.....
PESEL lub data urodzenia

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr dowodu tożsamości

.....
Telefon kontaktowy

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego