

.....
Miejscowość, data

DANE OSOBY UPOWAŻNIAJĄCEJ:

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
Nr telefonu

**UPOWAŻNIENIE DO JEDNORAZOWEGO ODBIORU DOKUMENTACJI
MEDYCZNEJ**

Ja, niżej podpisany,
w związku ze złożonym przeze mnie wnioskiem o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej
z dnia....., niniejszym upoważniam do odbioru udostępnionej
dokumentacji medycznej:

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ:

.....
Imię i nazwisko

.....
Podpis osoby upoważniającej