

Gdynia, dn.....

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Upoważniam Panią/Pana
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

legitymującego się dokumentem tożsamości o numerze.....
(seria i numer dokumentu tożsamości)

do odbioru dokumentacji medycznej
(dane pacjenta: imię i nazwisko, PESEL, seria i numer dokumentu tożsamości)

.....

w formie:

- ☐ wyciągu *)
- ☐ odpisu *)
- ☐ kopii *)

.....
(data i podpis osoby upoważniającej)

*) zakreślić właściwe