

.....
miejsowość, data

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskodawca:

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

Upoważniam Panią / Pana:

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
PESEL

Dokument tożsamości:

- dowód osobisty seria numer
- paszport seria numer

do odbioru mojej dokumentacji medycznej zgodnie ze złożonym wnioskiem.

.....
data i podpis wnioskodawcy