



Wrocław

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskodawca:

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania

.....
Pesel

.....
Telefon kontaktowy

Upoważniam Panią/Pana

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Data urodzeniaPesel

Adres zamieszkania

Dowód osobisty seria..... Numer

do odbioru mojej dokumentacji medycznej zgodnie ze złożonym wnioskiem.

.....
Data i Podpis Wnioskodawcy

