



UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami

Bydgoszcz, dnia

Dane upoważniającego:

imię (imiona) i nazwisko PESEL

adres:

telefon.

upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem/am wniosek w dniu

Pana/Panią (dane osoby upoważnionej)

imię (imiona) i nazwisko PESEL

adres:

telefon.

legitymującego/cej się dowodem osobistym / paszportem nr

.....
data i czytelny podpis
osoby upoważniającej