

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisana/y,

Imię i nazwisko:

Nr PESEL:.....

Upoważniam Pana/nią, (Imię i nazwisko).....,

nr PESEL:.....

do zasięgnięcia informacji o stanie mojego zdrowia / uzyskania dokumentacji medycznej
/ odbioru recept / odbioru wyników badań diagnostycznych*.

Data wystawienia upoważnienia:.....

Podpis osoby wystawiającej upoważnienie:.....

*niepotrzebne skreślić