

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta:

..... imię i nazwisko

..... adres zamieszkania

..... PESEL

Dane osoby upoważnionej:

..... imię i nazwisko

..... nr dowodu tożsamości

..... adres zamieszkania

..... PESEL

..... data i podpis pacjenta