

Upoważnienie

Ja, zam. legitymująca/y
się dowodem osobistym seria i numer, PESEL
upoważniam zam.
legitymującego/cą się dowodem osobistym seria i numer, PESEL
..... do odbioru dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby
Z
nazwa i adres placówki medycznej

....., dnia

.....

podpis

Upoważnienie

Ja, zam. legitymująca/y
się dowodem osobistym seria i numer, PESEL jako
przedstawiciel ustawowy zam.
..... PESEL upoważniam
..... zam. legitymującego/cą się
dowodem osobistym seria i numer, PESEL do
odbioru dokumentacji medycznej dotyczącej córki/syna
Z
nazwa i adres placówki medycznej

....., dnia

.....
podpis