

# UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL lub data urodzenia             lub     -   -    
*PESEL Rok Miesiąc Dzień*

Rodzaj i nr dowodu tożsamości .....

Nr telefonu .....

**Ja niżej podpisany, upoważniam do odebrania dokumentacji medycznej Panią/Pana:**

Imię Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL lub data urodzenia             lub     -   -    
*PESEL Rok Miesiąc Dzień*

Rodzaj i nr dowodu tożsamości .....

Nr telefonu .....

**Dotyczącej hospitalizacji w:**

.....  
*nazwa oddziału/poradni*

**W dniu/dniach:**

.....  
*Data udzielenia świadczenia medycznego*

.....  
*data, podpis*