

Kietrz, dnia

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania pacjenta

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam

zamieszkały/a,

legitymujący/a się dowodem osobistym

nr.....PESEL

do odebrania mojej dokumentacji medycznej,

celem

.....
(czytelny podpis)