

.....
osoba upoważniająca :Imię i nazwisko pacjenta, PESEL

.....
Adres zamieszkania

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam/nie upoważniam*
imię i nazwisko osoby upoważnionej

Adres zamieszkania

..... nr telefonu

do odbioru recept / wyników/ kserokopii dokumentacji medycznej / uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych/*.

.....
data, czytelny podpis osoby **upoważniającej**

* **niepotrzebne skreślić**

.....
osoba upoważniająca :Imię i nazwisko pacjenta, PESEL

.....
Adres zamieszkania

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam/nie upoważniam*
imię i nazwisko osoby upoważnionej

Adres zamieszkania

..... nr telefonu

do odbioru recept / wyników/ kserokopii dokumentacji medycznej / uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych/*.

.....
data, czytelny podpis osoby **upoważniającej**

* **niepotrzebne skreślić**

.....
osoba upoważniająca :Imię i nazwisko pacjenta, PESEL

.....
Adres zamieszkania

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam/nie upoważniam*
imię i nazwisko osoby upoważnionej

Adres zamieszkania

..... nr telefonu

do odbioru recept / wyników/ kserokopii dokumentacji medycznej / uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych/*.

.....
data, czytelny podpis osoby **upoważniającej**

* **niepotrzebne skreślić**

.....
osoba upoważniająca :Imię i nazwisko pacjenta, PESEL

.....
Adres zamieszkania

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam/nie upoważniam*
imię i nazwisko osoby upoważnionej

Adres zamieszkania

..... nr telefonu

do odbioru recept / wyników/ kserokopii dokumentacji medycznej / uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych/*.

.....
data, czytelny podpis osoby **upoważniającej**

* **niepotrzebne skreślić**

