

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

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

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres zamieszkania

UPOWAŻNIENIE

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam/nie upoważniam*
imię i nazwisko osoby upoważnionej

Upoważniam/nie upoważniam*
imię i nazwisko osoby upoważnionej

PESEL / data urodzenia

PESEL / data urodzenia

..... nr telefonu

..... nr telefonu

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

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

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

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

*** niepotrzebne skreślić**

*** niepotrzebne skreślić**

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

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

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres zamieszkania

UPOWAŻNIENIE

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam/nie upoważniam*
imię i nazwisko osoby upoważnionej

Upoważniam/nie upoważniam*
imię i nazwisko osoby upoważnionej

PESEL / data urodzenia

PESEL / data urodzenia

..... nr telefonu

..... nr telefonu

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

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

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

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

*** niepotrzebne skreślić**

*** niepotrzebne skreślić**