

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(nazwa i nr dokumentu tożsamości)

U P O W A Ż N I E N I E

Niniejszym upoważniam Panią / Pana*
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

legitymującą się / legitymującego się*
(nazwa i numer dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

do występowania w moim imieniu o wydanie kopii dokumentacji
medycznej.....

.....
(podpis)

*Niepotrzebne skreślić

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(nazwa i nr dokumentu tożsamości)

U P O W A Ż N I E N I E

Niniejszym upoważniam Panią / Pana*
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

legitymującą się / legitymującego się*
(nazwa i numer dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

do występowania w moim imieniu o wydanie kopii dokumentacji
medycznej.....

.....
(podpis)

*Niepotrzebne skreślić