

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisana/y.....

imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

legitymująca/y się dokumentem tożsamości

.....seria i numer:.....

np. dowód osobisty/paszport

upoważniam Panią/Pana.....

imię i nazwisko

legitymującą/ego się dokumentem tożsamości.....

np. dowód osobisty/paszport

seria i numer:.....do odbioru dokumentacji medycznej.

*Oświadczam, iż zostałem poinformowany, że za składanie fałszywych dokumentów
zgodnie z art. 270 Kodeksu Karnego grozi odpowiedzialność karna.*

.....
czytelny podpis pacjenta/opiekuna faktycznego/opiekuna prawnego