

....., data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
data urodzenia

.....
PESEL

Upoważnienie jednorazowe

Upoważniam
(imię i nazwisko)
(nr dowodu osobistego/ PESEL)

do odbioru dokumentacji medycznej/wyników badań laboratoryjnych/recept na leki przewlekłe stosowane *

.....
czytelny podpis upoważniającego

*niepotrzebne skreślić

....., data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
data urodzenia

.....
PESEL

Upoważnienie jednorazowe

Upoważniam
(imię i nazwisko)
(nr dowodu osobistego/ PESEL)

do odbioru dokumentacji medycznej/wyników badań laboratoryjnych/recept na leki przewlekłe stosowane *

.....
czytelny podpis upoważniającego

*niepotrzebne skreślić