

.....
(miejsowość, data)

**UPOWAŻNIENIE
do odbioru dokumentacji medycznej**

Ja niżej podpisany/na PESEL

.....
(imię i nazwisko)

legitymujący/ca się dowodem osobistym nr.....

wydanym przez

upoważniam PESEL.....
(imię i nazwisko)

legitymujący/ca się dowodem osobistym nr.....

wydanym przez

do odbioru kserokopii mojej dokumentacji medycznej w Poradni Kardiologicznej –
KARDIOMED

.....
(data i czytelny podpis osoby upoważniającej do odbioru dokumentacji)

.....
(data i czytelny podpis osoby upoważnionej)

Sprawdzono tożsamość osoby upoważnionej
(data i czytelny podpis osoby wydającej kserokopię dokumentacji medycznej)