

Lublin, dn.

Jednorazowe upoważnienie osoby trzeciej do pozyskania kopii dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/na

.....

legitymujący/ca się dokumentem tożsamości

.....

Numer seria

Numer PESEL / data urodzenia upoważniającego

upoważniam Pana / Panią

.....

legitymującego się dokumentem tożsamości

Numer seria

Numer PESEL / data urodzenia upoważnionego

do odbioru dokumentacji medycznej

.....

rodzaj dokumentacji medycznej

.....

Data i czytelny podpis osoby
upoważniającej do odbioru dokumentacji

.....

Data i czytelny podpis upoważnionego

.....

Data i czytelny podpis osoby w obecności której został złożony podpis