

Ostrowiec Św., - 20.....

Dane właściciela dokumentacji

.....

Imię i Nazwisko

.....

PESEL

UPOWAŻNIENIE

STAŁE / JEDNORAZOWE *)

.....

Adres

□□-□□□

Upoważniam

Imię i Nazwisko

nr dowodu osobistego....., stopień pokrewieństwa.....

do odbioru:

- 1. kserokopii mojej dokumentacji medycznej.
- 2. wyników moich badań,
- 3. moich recept

.....

podpis

*) niepotrzebne skreślić