



KARETKI
SZTUMSKIE

Karetki Sztumskie

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

.....
(Data i czytelny podpis pacjenta)

.....
(Podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

1. Imię i nazwisko pacjenta

2. PESEL:

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

3. Adres zamieszkania

4. Miejscowość, data

Ja niżej podpisany,
(imię i nazwisko)

legitymujący się dowodem osobistym Seria Nr,
wydanym przez..... niniejszym upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej -

Pana(-ią) legitymującego(-ą) się dowodem osobistym Seria

Nr wydanym przez

.....
(Data i czytelny podpis pacjenta)

.....
(Podpis osoby przyjmującej upoważnienie)