

**Stałe upoważnienie do wydawania: badań lab., recepty, kopii dokumentacji
medycznej**¹

Ja niżej podpisany / na

.....
legitymujący / ca się dokumentem tożsamości

Numer seria

Numer PESEL upoważniającego

Upoważniam Pana / Panią

.....
legitymującego się dokumentem tożsamości

Numer seria

Numer PESEL upoważnionego

do odbioru dokumentacji medycznej* mojej / mojego dziecka**

imię, nazwisko dziecka.....

PESEL, data urodzenia.....

¹ podkreślić właściwe

.....
Data i czytelny podpis pacjenta

**Stałe upoważnienie do wydawania: badań lab., recepty, kopii dokumentacji
medycznej**¹

Ja niżej podpisany / na

.....
legitymujący / ca się dokumentem tożsamości

Numer seria

Numer PESEL upoważniającego

Upoważniam Pana / Panią

.....
legitymującego się dokumentem tożsamości

Numer seria

Numer PESEL upoważnionego

do odbioru dokumentacji medycznej* mojej / mojego dziecka**

imię, nazwisko dziecka.....

PESEL, data urodzenia.....

¹ podkreślić właściwe

.....
Data i czytelny podpis pacjenta

