

# O:ONTIC®

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_

Adres amieszkania \_\_\_\_\_

Numer PESEL \_\_\_\_\_

Ja niżej podpisana/y legitymująca/y się dowodem osobistym Seria \_\_\_\_\_

Nr \_\_\_\_\_ upoważniam Pana/Panią \_\_\_\_\_

legitymującego się dowodem osobistym Seria \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_

do odbioru dokumentacji medycznej.

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

czytelny podpis pacjenta

