



KOZARSKI
STOMATOLOGIA

Opole, dn. _____

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko Pacjenta - _____

Adres zamieszkania - _____

PESEL - _____

Ja niżej podpisany/a , legitymujący/a się dowodem osobistym

seria _____ numer _____ upoważniam do odbioru mojej dokumentacji

medycznej Pana (-nią) _____

legitymującego (-cą) się dowodem osobistym seria _____ numer _____.

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

Data i czytelny podpis Pacjenta

Data i podpis osoby przyjmującej upoważnienie