



Załącznik nr 3 do procedury nr DL/SA-PP/P-4

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

PESEL:

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

Adres zamieszkania:

Nr tel. do kontaktu:

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/ -a upoważniam Pana/Panią

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Pesel/seria i nr dowodu osobistego

Telefon kontaktowy
do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta.

.....
miejscowość, data

.....
podpis pacjenta