

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ



Dane pacjenta:

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

ADRES ZAMIESZKANIA

DOWÓD TOŻSAMOŚCI: RODZAJ, SERIA, NUMER

Upoważniam **Pana/Panią:**

Imię i nazwisko

legitymującego/ą się dowodem tożsamości:

Rodzaj, seria, numer

do odbioru dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

(DATA I PODPIS PACJENTA)

Stwierdzam przyjęcie upoważnienia w dniu

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

(PODPIS PRACOWNIKA NU-MED GRUPA)

--