

.....
miejsowość i data

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ/DOKUMENTACJI
MEDYCZNEJ/UDZIELENIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA***

Ja, niżej podpisana/y, PESEL:

legitymująca/y się dowodem osobistym seria i numer:,

niniejszym upoważniam Pana / Panią

legitymującą/ego się dowodem osobistym seria i numer:.....,

do odbioru wyników badań/dokumentacji medycznej/udzielenia informacji

o stanie zdrowia*

.....

wykonanych w przychodni Vitalmed w Niepołomicach.

.....
data i czytelny podpis pacjenta

*niepotrzebne skreślić