

UPOWAŻNIENIE
DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/-a ,
zamieszkały/-a pod adresem ,
PESEL: oświadczam, że upoważniam
Pana/Panią ,
legitymującego/-ą się dowodem osobistym o serii i numerze
....., do odbioru w moim imieniu w ORTMAK Praktyka
Lekarska Artur Makowski w Księżym Dworze dokumentacji medycznej, o której wydanie
zwróciłem/-am się wnioskiem z dnia

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)