

Zespół Opieki Zdrowotnej
w Suchej Beskidzkiej

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany,

Imię i Nazwisko

PESEL

legitymujący się dowodem tożsamości:

nr..... upoważniam Pana / Panią

.....

legitymującego się dowodem tożsamości:

nr, do odbioru:

- kserokopię/odpis/ wyciąg mojej dokumentacji medycznej
- moich wyników badań z dnia.....

.....

Czytelny podpis osoby upoważniającej

Potwierdzenie odbioru wyników badań:

.....

Data i podpis osoby wydającej

.....

Czytelny podpis osoby odbierającej

Zespół Opieki Zdrowotnej
w Suchej Beskidzkiej

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany,

Imię i Nazwisko

PESEL

legitymujący się dowodem tożsamości:

nr..... upoważniam Pana / Panią

.....

legitymującego się dowodem tożsamości:

nr, do odbioru:

- kserokopię/odpis/ wyciąg mojej dokumentacji medycznej¹
- moich wyników badań z dnia.....

.....

Czytelny podpis osoby upoważniającej

Potwierdzenie odbioru wyników badań:

.....

Data i podpis osoby wydającej

.....

Czytelny podpis osoby odbierającej