



.....  
miejsowość, data

**UPOWAŻNIENIE DO WNIOSKU O UDOSTĘPNIENIE  
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisana/-y .....

PESEL....., upoważniam do jednorazowego  
odbioru dokumentacji medycznej z poradni/oddziału.....

.....

Panią/Pana .....

PESEL .....

.....

(Podpis składającego oświadczenie)



.....  
miejsowość, data

**UPOWAŻNIENIE DO WNIOSKU O UDOSTĘPNIENIE  
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisana/-y .....

PESEL....., upoważniam do jednorazowego  
odbioru dokumentacji medycznej z poradni/oddziału.....

.....

Panią/Pana .....

PESEL .....

.....

(Podpis składającego oświadczenie)