

U P O W A Ź N I E N I E

Ja, , Ur.
imię i nazwisko data urodzenia

upoważniam Pana / Panią* ,
imię i nazwisko

legitymującego / legitymującą* się dowodem osobistym
seria i numer

do odebrania karty informacyjnej leczenia szpitalnego, zdjęcia RTG, wyników badań laboratoryjnych*.

.....
miejsowość, data

.....
podpis

* - niepotrzebne skreślić