

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 uzyskania i odebrania kopii mojej dokumentacji medycznej, zgodnie z dołączonym
wnioskiem o jej wydanie.

.....
miejsowość, data

.....
podpis

* - niepotrzebne skreślić