

Gubin dnia .....

Imię i nazwisko osoby udzielającej upoważnienia .....

PESEL : .....

Seria i numer dowodu tożsamości .....

**U P O W A Ż N I E N I E** do odbioru dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisany/a upoważniam .....

Legitymującego/cą się dowodem tożsamości .....

Do obioru dokumentacji medycznej w postaci :

- wyników badań laboratoryjnych wykonanych w CM ATOL .....
- recept .....
- kserokopii historii choroby .....

Czytelny podpis osoby udzielającej upoważnienia .....

Podpis osoby wydającej .....