

	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku	Załącznik	Numer PP 5.4.2
		Wzór upoważnienia do odebrania dokumentacji medycznej	Wydanie nr 6 z dnia 29.01.2025 r.
			Strona 1 z 1

.....dn.

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej

podpisany/a.....

zamieszkały/a.....

PESEL:.....

Upoważniam

Pana/Panią.....

zamieszkałego/ą.....

PESEL:.....

do odbioru w moim imieniu dokumentacji medycznej wskazanej we wniosku.

podpis upoważniającego.....