



ZAKON POSŁUGUJĄCYCH CHORYM
OJCOWIE KAMILIANIE
P O D M I O T L E C Z N I C Z Y

Tarnowskie Góry,

UPOWAŻNIENIE

Dane osoby upoważniającej

Nazwisko											
Imię											
PESEL											

Upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej

Dane osoby upoważnianej

Nazwisko											
Imię											
Seria i nr dowodu osob.											

.....
podpis upoważniającego

.....
pieczętka i podpis pracownika
podmiotu leczniczego