

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
ZNAJDUJĄCEJ SIĘ W KRAKOWSKIM CENTRUM REHABILITACJI

Ja niżej podpisany/na
Imię i nazwisko

Zamieszkały/ła:
adres

legitymujący/ca się dokumentem tożsamości
rodzaj dokumentu

Seria nr Data urodzenia:

PESEL upoważniam Pana/Panią:

..... zamieszkały/ła
Imię i nazwisko Upoważnionego

.....
adres

legitymującego/ej się dokumentem tożsamości
rodzaj dokumentu

Seria nr PESEL

do wglądu w siedzibie Krakowskiego Centrum Rehabilitacji* /odbioru: kserokopii*/
odpisu*/wyciągu*/oryginału* dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia.

.....
Data

.....
(czytelny podpis osoby upoważniającej)

***niepotrzebne skreślić**