



....., dnia20... r.

(miejscowość)

UPOWAŻNIENIE

do odbioru recepty/wyników badań/kserokopii historii choroby*

Ja, niżej podpisany(a),

.....
.....

(imię, nazwisko, nr dowodu osobistego, nr PESEL)

Niniejszym upoważniam:

1).....
.....

(imię, nazwisko, nr dowodu osobistego, nr PESEL)

2).....
.....

(imię, nazwisko, nr dowodu osobistego, nr PESEL)

3).....
.....

(imię, nazwisko, nr dowodu osobistego, nr PESEL)

do odbioru recepty/ wyników badań/ kserokopii historii choroby*

Upoważnienie jest jednorazowe/ stałe *

* właściwe podkreślić

.....

(czytelny podpis z podaniem imienia i nazwiska)

