



miejsowość / data

Pacjent
Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres:

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam do informowania o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych przez tutejszy Zakład Opieki Zdrowotnej osobę:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres:

Telefon:

Data złożenia:

.....
czytelny podpis pacjenta lub opiekuna