



NIEPUBLICZNA PRZYCHODNIA  
MEDYCYNY RODZINNEJ „ZDROWIE”  
W IŁAWIE

miejsowość / data

Pacjent

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres: .....

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej z tutejszego Zakładu Opieki Zdrowotnej osobę:

Imię i nazwisko:

PESEL: .....

Adres: .....

Telefon: .....

Data złożenia: .....

.....  
czytelny podpis pacjenta lub opiekuna