

.....
(miejscowość, data)

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej

Upoważniam Pana/Panią (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....(imię i nazwisko)
legitymującego/cej się dokumentem tożsamości nr..... **do odbioru** kserokopii/
wyciągu/odpisu mojej dokumentacji medycznej sporządzonej w SPZOZ Sądeckim Pogotowiu Ratunkowym
w Nowym Sączu w dniu

Dane upoważniającego:

.....(Imię i nazwisko) (PESEL)

.....
(data i podpis osoby upoważniającej)