Anna Kołakowska
NZOZ „MEDICUS”
82-550 Prabuty,ul. Łąkowa 33
tel.55 278 30 20

UPOWAŻNIENIE

Imię i Nazwisko pacjenta: ……....
Data urodzenia: …….
Adres zamieszkania: …….

Upoważniam Pana / Panią……..
Do odbioru mojej dokumentacji medycznej, otrzymania informacji o moim stanie zdrowia
i przebiegu leczenia oraz odbioru recept i zaświadczeń.
Adres zamieszkania osoby upoważnionej:…….
……
Dane do kontaktu: nr tel. ……
adres e-mail:…….

…….. …….……...
Data i czytelny podpis pacjenta