

UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE/STAŁE* DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/na

Nr pesel upoważniającego (w przypadku braku nadania data urodzenia)

Dokument potwierdzający tożsamość:

Rodzaj numer

Data ważności

Kraj, w którym wystawiono dokument zagraniczny.....

UPOWAŻNIAM Panią/Pana

Nr pesel upoważnionego (w przypadku braku nadania data urodzenia)

Dokument potwierdzający tożsamość:

Rodzaj numer

Kraj, w którym wystawiono dokument zagraniczny.....

Do odbioru dokumentacji medycznej:

.....

.....

Data i podpis upoważniającego**Data i podpis pracownika Penta Hospitals Polska**

*Właściwe zakreślić