

	UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	Rzeszów, dnia:
--	---	---

Imię i Nazwisko Upoważniającego (pacjent)		
Adres zamieszkania		
PESEL		
Numer telefonu		
Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej:	Imię i nazwisko:	
	Nr dowodu osobistego:	
Czytelny podpis osoby upoważniającej (pacjenta)		
Sprawdzono zgodność z dok. tożsamości Podpis pracownika WSPR		