

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany/a
nazwisko i imię pacjenta

upoważniam Panią / Pana
nazwisko i imię osoby upoważnionej

zamieszkałego/a
adres osoby upoważnionej

.....
do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach
zdrowotnych.

Warszawa, dn.
.....
czytelny podpis pacjenta