

Powiatowa Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna
w Ciechanowie
ul. Sienkiewicza 27
06-400 Ciechanów

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisana/y

Zamieszkała/y

Legitymująca/y się dowodem osobistym nr

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Upoważniam Panią/Pana

Legitymująca/ego się dowodem osobistym nr

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o udostępnienie której złożyłam/em wniosek w dniu

.....

.....
(data i czytelny podpis)