Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Płocku

 Laboratorium Mikrobiologii i Parazytologii

 ul. Królewiecka 14, 09-402 Płock

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja, niżej podpisana/y:……………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Upoważniam Panią/Pana:…………………………………………………………………………………………………………………….

PESEL:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Do odbioru mojej dokumentacji medycznej:………………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………………

 data i czytelny podpis:

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Płocku

 Laboratorium Mikrobiologii i Parazytologii

 ul. Królewiecka 14, 09-402 Płock

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja, niżej podpisana/y:……………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Upoważniam Panią/Pana:…………………………………………………………………………………………………………………….

PESEL:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Do odbioru mojej dokumentacji medycznej:………………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………………

 data i czytelny podpis: