

**Zespół Opieki Zdrowotnej
w Nidzicy
ul. Mickiewicza 23
13-100 Nidzica
tel. (89) 625 05 00
fax: (89) 625 05 59**

..... dnia

(imię i nazwisko Pacjenta)

(miejsowość)

.....
Adres

.....
Telefon

.....
(nr i seria dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości)

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Pana/ią

legitymującą się dokumentem tożsamości
(nazwa dokumentu, numer i seria)

do odbioru mojej dokumentacji medycznej dotyczącej **PORADNI/ ODDZIAŁU/ PRACOWNI/ ZAKŁADU***

.....
(nazwa poradni / oddziału/pracowni/zakładu)

- z okresu leczenia
(wskazać daty od..... do.....)

.....
(czytelny podpis Pacjenta)

*Niewłaściwe skreślić