



Spółka Lekarzy **intercor** sp. z o.o.

ul. Kasztanowa 57, 85-605 Bydgoszcz

Bydgoszcz, dnia

UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane upoważniającego:

Imię i nazwisko

PESEL

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

adres:

telefon.

upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem/am wniosek w dniu

Pana/Panią

Imię i nazwisko

PESEL

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

adres:

telefon.

legitymującego/cej się dowodem osobistym / paszportem nr

.....

data i czytelny podpis
osoby upoważniającej