

**UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
w OOK SPEKTRUM, ul. Zaolziańska 4 we Wrocławiu**

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
PESEL

Upoważniam Panią/Pana*

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
PESEL

Legitymującą/cego się dokumentem tożsamości
(rodzaj dokumentu)

seria..... numer.....

do odbioru kserokopii mojej dokumentacji medycznej / recept*.

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

*Niepotrzebne skreślić

Wydanie 5.0 z dnia 20.02.2019 r.