

Skierniewice, dnia

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisana /y

PESEL

upoważniam

Panią / Pana

PESEL

legitymującego się dowodem osobistym

do odbioru z Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Stanisława Rybickiego mojej dokumentacji medycznej.

Podpis