

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany/a.....,
Legitymujący/a się dowodem osobistym serii o numerze,
zamieszkała/ły w przy ulicy,
posiadający numer PESEL,
upoważniam Panią / Pana , legitymującego/cą się dowodem osobistym nr,

do:

odebrania w moim imieniu dokumentacji medycznej mojego badania RM, wykonanego w „DOBRE Zdrowie Pracownie Diagnostyki Obrazowej”, Starachowice, ul. Radomska 70.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis