

Białystok, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon

**Do Dyrektora
Podlaskiego Wojewódzkiego Ośrodka
Medycyny Pracy w Białymstoku**

Upoważnienie do wydania dokumentacji

Dane upoważniającego (Pacjent /przedstawiciel ustawowy pacjenta *) :

.....
(Imię, nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie upoważniającego (j.w.)

Upoważniam Pana/Panią (Proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

legitymującego/ej się dokumentem tożsamości nr.....

do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta (dane pacjenta)

.....
(Imię, nazwisko i PESEL pacjenta)

.....
(data i podpis osoby upoważniającej)

Potwierdzam złożenie podpisu przez upoważniającego w mojej obecności:

.....
Data/podpis pracownika PWOMP

* Niepotrzebne skreślić