|  |  |
| --- | --- |
|  | **UPOWAŻNIENIE *JEDNORAZOWE/STAŁE*\* DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**Ja niżej podpisany/na …………………………………………………………………………………Nr pesel upoważniającego ( w przypadku braku nadania data urodzenia ) ……………………………….Dokument potwierdzający tożsamość:Rodzaj ………………………………………… numer ……………………………………………Data ważności ………………………………………Kraj, w którym wystawiono dokument zagraniczny………………………………………**UPOWAŻNIAM Panią/Pana**Nr pesel upoważnionego ( w przypadku braku nadania data urodzenia ) ……………………………….Dokument potwierdzający tożsamość:Rodzaj ………………………………………… numer ……………………………………………Kraj, w którym wystawiono dokument zagraniczny………………………………………**Do odbioru dokumentacji medycznej:** **…………………………………………………………………………………………………….****……………………………………………………………………………………………………..****Data i podpis upoważniającego ……………………………………………………………….****Data i podpis pracownika PL CERTUS ………………………………………………………** |

\*Właściwe zakreślić