|  |  |
| --- | --- |
|  | **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