



lift med

Rybnik, dnia __--__-____ r.

Ja, niżej podpisana/y _____
(Imię i nazwisko)

PESEL: _____

legitymujący/a się dowodem osobistym (seria i numer) _____

wydanym przez: _____

upoważniam Panią/Pana: _____
(Imię i nazwisko)

legitymującą/ego się dowodem osobistym (seria i numer) _____

wydanym przez _____

do odbioru _____
(wyniku badania/recepty/zwolnienia/dokumentacji medycznej/etc)

Czytelny podpis pacjenta