

**WIKTORIA KRÓL Sp. z o. o. Zakład Rehabilitacji Leczniczej WIKTORIA KRÓL
w Radzynie**

Radzyń, dnia

Załącznik nr 7 -Upoważnienie do wydania dokumentacji

Dane upoważniającego (Pacjent/ przedstawiciel ustawowy pacjenta*):

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie upoważniającego

Upoważniam Pana/Panią*

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

do odbioru dokumentacji:

- mojej
- mojego dziecka
- osoby, której jestem opiekunem prawnym

Potwierdzam złożenie podpisu w mojej obecności

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

.....
(podpis pracownika)

*Niepotrzebne skreślić