Kliniki Neuroradiochirurgii Spółka z o.o.
ul. Górskiego 6/92, 00-033 Warszawa
NIP 525 238 22 45 REGON 140794224
Radomskie Centrum Onkologii
im. Bohaterów Radomskiego Czerwca ‘76
ul. Uniwersytecka 6a, 26-600 Radom
tel.: (+48) 48 377 90 20 fax: (+48) 48 377 90 28
W-14 Nr rej. 00000025295

Radomskie Centrum Onkologii

UPOWAŻNIENIE
DO JEDNORAZOWEGO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany /a .:

…....., PESEL .....
imię nazwisko

legitymujący /a się dowodem osobistym nr i seria: .....

Upoważniam Pana/Panią.:

…....., PESEL .....
imię nazwisko

legitymującym /cą się dowodem osobistym nr i seria: .....

do jednorazowego odbioru wyciągu / odpisu / kopii / wydruku / oryginału*

mojej dokumentacji medycznej

……..……

.....

data i czytelny podpis osoby upoważniającej

*niepotrzebne skreślić