ORTOCLINICA
ortodoncja stomatologia

ORTOCLINICA
ORTODONCJA I STOMATOLOGIA
MONIKA MATEJCZYK
Kod Res.: 000000211924/01-001
Poradnia Stomatologiczna
ul. Sokoła 27, 32-500 Chrzanów

UPOWAŻNIENIE

Działając imieniem własnym, jako pacjenta lub

……

(*imię, nazwisko, PESEL*)

będąca/-y przedstawicielem ustawowym (proszę wskazać podstawę: rodzic/ opiekun/ kurator) małoletniego/-niej

……

(*imię, nazwisko, PESEL)*

upoważniam

……

(*imię, nazwisko, PESEL)*

do odbioru: płytki ze zdjęciami RTG/ dokumentacji medycznej* (*niepotrzebne skreślić)

Upoważnienie nie może być przenoszone.
Upoważnienie jest ważne aż do odwołania.

……

Data, podpis pacjenta lub rodzica /opiekuna prawnego