

**Wieruszów, dnia.....**

.....  
Nazwisko i imię

.....  
Pesel

**U P O W A Ź N I E N I E**

Niniejszym upoważniam Panią/Pana .....

Pesel / data ur. ....

do odbioru w Powiatowym Centrum Medycznym SP. z o. o. Szpital Powiatowy  
w Wieruszowie dokumentacji medycznej obejmującej .....

.....  
Czytelny podpis osoby upoważniającej

Wydanie nr 4  
01.02.2024 r.

**Wieruszów, dnia.....**

.....  
Nazwisko i imię

.....  
Pesel

**U P O W A Ź N I E N I E**

Niniejszym upoważniam Panią/Pana .....

Pesel / data ur. ....

do odbioru w Powiatowym Centrum Medycznym SP. z o. o. Szpital Powiatowy  
w Wieruszowie dokumentacji medycznej obejmującej .....

.....  
Czytelny podpis osoby upoważniającej

Wydanie nr 4  
01.02.2024 r.