

Powiatowa Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna
w Ostrowi Mazowieckiej
ul. Sikorskiego 3
07-300 Ostrów Mazowiecka

UPOWAŻNIENIE
DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisana/y

PESEL

upoważniam Panią/Pana

PESEL

do odbioru mojej dokumentacji medycznej

.....
data i czytelny podpis