Warszawa, dnia …………………….

**TRIGON ORTHOPEDIA S.C.**

**ul. Dereniowa 2c/226**

**02-776 Warszawa**

**Upowa**ż**nienie**

do wydania dokumentacji medycznej

............................................................................................................................

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

…………………………………………... seria ………numer ……………....

(rodzaj dokumentu tożsamości

**Upoważniam Panią/ Pana:**

............................................................................................................................

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Legitymującą/cego się dokumentem tożsamości: ………………………………….

(rodzaj dokumentu)

seria .................................. numer .......................................................................................

do odbioru mojej dokumentacji medycznej.

.....................................................................

(czytelny podpis upoważniającego)