

Warszawa, dnia .....

**Gabinet SOFTMED-LASER S.C.**  
**ul. Dereniowa 2c/226**  
**02-776 Warszawa**

**Upoważnienie**  
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)