

**NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK Sp. z o.o.**

83-210 Zblewo, ul. Kościerska 37c, tel. 585-609-060

NIP 592-20-13-870 REGON 192814096

FILIA: 83-200 Starogard Gdański, ul. Juranda ze Spychowa 2 tel. 585-600-111

BIURO: tel. 585-316-245 FAX: 585-600-110

email: nzoymedykzblewo@wp.pl

....., data.....

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
data urodzenia

.....  
pesel

**Upoważnienie**

Upoważniam .....  
(imię i nazwisko) (nr dowodu osobistego/nr PESEL)

do .....

.....  
czytelny podpis upoważniającego

**NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK Sp. z o.o.**

83-210 Zblewo, ul. Kościerska 37c, tel. 585-609-060

NIP 592-20-13-870 REGON 192814096

FILIA: 83-200 Starogard Gdański, ul. Juranda ze Spychowa 2 tel. 585-600-111

BIURO: tel. 585-316-245 FAX: 585-600-110

email: nzoymedykzblewo@wp.pl

....., data.....

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
data urodzenia

.....  
pesel

**Upoważnienie**

Upoważniam .....  
(imię i nazwisko) (nr dowodu osobistego/nr PESEL)

do .....

.....  
czytelny podpis upoważniającego

osoba upoważniona do odbioru potwierdzający tożsamość karty informacyjnej lub wyników badań zobowiązana jest posiadać ze sobą dokument potwierdzający tożsamość