

....., dn. 20.... r..

PESEL

(imię i nazwisko małoletniego, adres, PESEL)

.....
PESEL

(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego, adres, PESEL)

Upoważnienie

do udostępnienia dokumentacji medycznej małoletniego

Upoważniam niżej wymienione osoby do uzyskania udostępnienia dokumentacji medycznej
mojego dziecka prowadzonej w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Medycyna
Rodzina w Grójcu

.....
.....
.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej, adres PESEL)

.....
(podpis przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego)