



**Samodzielny Gminny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Wilkowicach
43-365 Wilkowice, ul Wyzwolenia 18
Tel: (33) 8171242, NIP 9372179595**

**UPOWAŻNIENIE
DO ODBIORU DOKUMENTACJI**

Ja niżej podpisany/a

.....
imię i nazwisko czytelnie

nr PESEL:

.....

upoważniam

.....
imię i nazwisko czytelnie

nr PESEL:

.....

do przekazania mojej dokumentacji niezbędnej do złożenia deklaracji lekarza POZ w SGZOZ w Wilkowicach. Biorę pełną odpowiedzialność za złożony własnoręczny podpis na wszystkich powyższych dokumentach.

.....

data,

.....

czytelny podpis osoby **upoważniającej (pacjenta)**

Wypełnia personel Rejestracji SGZOZ w Wilkowicach.

Tożsamość upoważnionego potwierdzam na podstawie okazanego dowodu tożsamości ze zdjęciem

.....

data,

.....

pieczęć i podpis odbierającego dokumenty