

Radimed Sp. z o.o.
ul. Iwazskiewicza 5, 59-220 Legnica
REJESTRACJA
Czynna codziennie w godz. 08.00-14.30
tel.: 76 72 11 717, tel./fax: 76 72 11 709



.....
miejsowość, data

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/a,

zamieszkały/a

PESEL

oświadczam, że wyrażam zgodę na wydanie kserokopii mojej dokumentacji

Panu/Pani

.....
czytelny podpis Pacjenta

UWAGA!!!

Osoba odbierająca kserokopie musi posiadać przy sobie dokument tożsamości, a w przypadku osoby upoważnionej również pisemne upoważnienie.