



WIS33  
Załącznik Nr 14

## UPOWAŻNIENIE

Upoważniam do odbioru mojej karty informacyjnej / dokumentacji medycznej / wyników badań\*

Pana/Panią.....  
Imię i nazwisko

Legitymującą się dowodem osobistym.....

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis

\*niepotrzebne skreślić