



NZOZ KardioNeuroMED
Przychodnia Specjalistyczna
23-400 Biłgoraj, 3 Maja 87a

data

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Pana/Panią

(imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
oraz PESEL lub seria i nr dok. tożsamości lub data urodzenia i adres osoby upoważnionej)

do reprezentowania mnie podczas badania mojego dziecka w dniu.....

.....
(imię, nazwisko i data urodzenia dziecka)

.....
(imię, nazwisko, PESEL i podpis osoby udzielającej upoważnienia)
