……..……..…
(miejscowość, data)

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej

Upoważniam Pana/Panią *(Proszę wypełnić drukowanymi literami)*

……
……..……..
(imię i nazwisko)

legitymującego/cej się dokumentem tożsamości nr

……..

do odbioru dokumentacji medycznej
……
……
(imię i nazwisko krwiodawcy)
W zakresie:
……
……..……..
……
……..……..
……
……
(np. wyniki badań grupy krwi, morfologii krwi, badań wirusologicznych, inne wyniki – wyszczególnić jakie)

Dane upoważniającego /krwiodawcy/:
……
……
……
……..……..
(imię i nazwisko, PESEL, seria i nr dokumentu tożsamości)

……
(podpis osoby upoważnionej – krwiodawcy)