

....., dnia201... r.

(miejscowość)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany(a),

(imie, nazwisko, adres zamieszkania) dowodzę tożsamości i

działając z upoważnienia

(imie, nazwisko pacjenta)

potwierdzam odbiór

.....
(czytelny podpis z podaniem imienia i nazwiska)

....., dnia201... r.

(miejscowość)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany(a),

(imie, nazwisko, adres zamieszkania) dowodzę tożsamości i

działając z upoważnienia

(imie, nazwisko pacjenta)

potwierdzam odbiór

.....
(czytelny podpis z podaniem imienia i nazwiska)