…………..…..………………………….

 *miejscowość, data*

*…………………………………………..*

*Imię i nazwisko*

*……………………………………………*

*PESEL*

………………………………

*Adres*

**UPOWAŻNIENIE**

Ja niżej podpisana/y upoważniam Panią/Pana …………………………………………………………

 /imię i nazwisko/

zamieszkałą/ego w ………………………………………….., nr PESEL ……………………………..

do zarejestrowania mnie do lekarza specjalisty ………………………..…………….. na dzień 23.03.2024 r. w ramach organizowanej przez Powiat Strzelecki akcji profilaktycznej „Biała Sobota” edycja siódma.

………………………………

*czytelny podpis*