



DZIAŁALNOŚĆ FIZJOTERAPEUTYCZNA

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DZIECKA

Ja

Legitymująca/cy się dowodem osobistym o serii numerze.....

.....

Upoważniam do odebrania mojego Dziecka

imię i nazwisko.....

.....

z Rehabilitacji

osoby wymienione poniżej

- imię i nazwisko.....
.....
- adres zamieszkania.....
.....
- pesel.....
- telefon kontaktowy.....
.....

