

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany (a)
nazwisko i imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zamieszkały (a)
adres zamieszkania

upoważniam / nie upoważniam nikogo*

.....
nazwisko i imię osoby upoważnionej

zamieszkałego (ą)
adres zamieszkania osoby upoważnionej

tel. kontaktowy osoby upoważnionej

do:

- uzyskania informacji o moim stanie zdrowia w postaci wglądu do dokumentacji medycznej
- uzyskania kserokopi dokumentacji medycznej
- uzyskania dokumentacji medycznej na wypadek mojej śmierci

*niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis upoważniającego