

....., dnia20..... r.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Przychodnia Lekarza Rodzinnego Wiesława Krzywosądzka
62-035 Kórnik ul. Armii Krajowej 3
NIP 7811140508 REGON 630143223
Telefon: +48 61 817 00 50

.....
oznaczenie/pieczęć podmiotu leczniczego
(nazwa, adres, REGON, telefon)

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany(a)

zamieszkały

PESEL Numer dokumentu tożsamości

1. za mojego życia¹ i po mojej śmierci² do uzyskiwania INFORMACJI O MOIM STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH
ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH:

A. UPOWAŻNIAM NASTĘPUJĄCE OSOBY: (co najmniej imię i nazwisko i dane kontaktowe) 1. 2. 3. czytelny podpis	B. NIE UOWAŻNIAM NIKOGO czytelny podpis
---	---

2. za mojego życia¹ i po mojej śmierci² do uzyskiwania DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

¹ Jeśli niezgodne z wolą składającego oświadczenie skreślić ²
Niepotrzebne skreślić

