

.....
(miejscowość i data)

UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a.....(imię i nazwisko) posługujący/a
się numerem PESEL*.....

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
(„Ustawa”) oświadczam, że upoważniam Pana/Panią..... (imię i nazwisko)

.....(PESEL*).....(telefon kontaktowy)

.....(adres zamieszkania)

do odebrania w moim imieniu

.....
(rodzaj dokumentacji, lekarz zlecający, data wykonania zlecenia)

dotyczących mojej osoby/ mojego małoletniego dziecka**

..... (imię i nazwisko dziecka).....(PESEL*)

a znajdującej się w Przychodni Lekarza Rodzinnego „Rodzina” sp. z o.o.

.....
data czytelny podpis osoby upoważniającej

Stwierdzam własnoręczność podpisu złożonego w mojej obecności w dniu.....roku.....

.....
czytelny podpis pracownika PLR Rodzina sp. z o.o.

*w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

**niepotrzebne skreślić