

....., dnia .....20..... r.

Przychodnia Zespołu Lekarza Rodzinnego AMICOR  
62-320 Nekla ul. Chopina 43  
NIP 7891472565 REGON 631198440  
Telefon: +48 61 438 60 92

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

### UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany(a) .....

zamieszkały .....

PESEL ..... Numer dokumentu tożsamości .....

1. za mojego życia<sup>1</sup> i po mojej śmierci<sup>2</sup> do uzyskiwania INFORMACJI O MOIM STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH:

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

2. za mojego życia<sup>1</sup> i po mojej śmierci<sup>2</sup> do uzyskiwania DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

<p>A. UPOWAŻNIAM NASTĘPUJĄCE OSOBY: (co najmniej imię i nazwisko i dane kontaktowe)</p> <p>1. ....</p> <p>2. ....</p> <p>3. ....</p>	<p>B. NIE UOWAŻNIAM NIKOGO</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

<sup>1</sup> Jeśli niezgodne z wolą składającego oświadczenie skreślić <sup>2</sup>  
Niepotrzebne skreślić

