

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany, _____ (imię i nazwisko),

nr PESEL _____, adres _____,

niniejszym:

1. Upoważniam Panią/Pana: _____,

PESEL nr _____,

adres: _____* / nie upoważniam nikogo* do

informowania o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach medycznych przez

*siedziba :Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DADENT
63-000 Środa Wielkopolska, ul. Witosa 16*

2. Upoważniam Panią/Pana: _____,

PESEL nr _____,

adres: _____* / nie upoważniam nikogo* do

uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej z

*siedziba :Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DADENT
63-000 Środa Wielkopolska, ul. Witosa 16*

3. Upoważniam Panią/Pana: _____,

PESEL nr _____,

adres: _____* / nie upoważniam nikogo* do

uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej

*siedziba :Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DADENT
63-000 Środa Wielkopolska, ul. Witosa 16*

w przypadku mojej śmierci.

Data

Podpis pacjenta

* Niepotrzebne skreślić