

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 *Poradnia Rodzinna PRO FAMILIA Krajewski, Radomski Spółka Jawna*
2. Upoważniam Panią/Pana: _____, PESEL nr _____,
adres: _____* / nie upoważniam nikogo* do uzyskiwania mojej
dokumentacji medycznej z *Poradnia Rodzinna PRO FAMILIA Krajewski, Radomski Spółka Jawna*
3. Upoważniam Panią/Pana: _____, PESEL nr _____,
adres: _____* / nie upoważniam nikogo* do uzyskiwania mojej
dokumentacji medycznej *Poradnia Rodzinna PRO FAMILIA Krajewski, Radomski Spółka Jawna* w
przypadku mojej śmierci.

Data

Podpis pacjenta

* Niepotrzebne skreślić