

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

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Przychodnia Lekarza Rodzinnego Wiesława Krzywosądzka  
62-035 Kórnik ul. Armii Krajowej 1  
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 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>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>czytelny podpis .....</p>	<p>B. NIE UOWAŻNIAM NIKOGO</p>        <p>czytelny podpis .....</p>
---	--

3. do **ODBIORU REEPT, ZLECEŃ LUB WYDRUKÓW**, o których mowa w art. 42 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty:

<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. UPOWAŻNIAM OSOBY TRZECIE, BEZ SZCZEGÓŁOWEGO ICH OKREŚLANIA</p> <p>czytelny podpis .....</p> <p>-----</p> <p>C. NIE UOWAŻNIAM NIKOGO</p> <p>czytelny podpis .....</p>
---	--

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

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić