

....., dnia20..... r.

Przychodnia Zespołu Lekarzy Rodzinnych "LEKMED" Spółka Cywilna
63-000 Środa Wielkopolska ul. Czerwonego Krzyża 2
NIP 7861481944 REGON 631160695
Telefon: +48 61 287 06 66

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

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany(a)

zamieszkały

PESEL Numer dokumentu tożsamości

1. za mojego życia¹ i po mojej śmierci² 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 życia¹ i po mojej śmierci² 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>
---	--

¹ Jeśli niezgodne z wolą składającego oświadczenie skreślić

² Niepotrzebne skreślić