

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

## UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany(a), .....

zam.: .....

PESEL: ..... nr dok. tożsamości: .....

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

### A. UPOWAŻNIAM NASTĘPUJĄCE OSOBY

(co najmniej imię, nazwisko i dane kontaktowe)

1. ....

2. ....

3. ....

czytelny podpis: .....

### B. NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO

czytelny podpis: .....

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

### A. UPOWAŻNIAM NASTĘPUJĄCE OSOBY

(co najmniej imię i nazwisko)

1. ....

2. ....

3. ....

czytelny podpis: .....

### B. NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO

czytelny podpis: .....

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

### A. UPOWAŻNIAM NASTĘPUJĄCE OSOBY

(co najmniej imię i nazwisko)

1. ....

2. ....

### B. UPOWAŻNIAM OSOBY TRZECIE, BEZ SZCZEGÓŁOWEGO ICH OKREŚLANIA

czytelny podpis: .....

3. ....

I czynię to jednorazowo/bezterminowo<sup>2</sup>

czytelny podpis: .....

**C. NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO**

czytelny podpis: .....