

N.ZOZ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO
LILIANA KIEŁBOWSKA KACZMAREK
60-681 POZNAŃ, OS. B. CHROBREGO 118
NIP 782-154-23-61
TEL. 61 828-30-40

....., DNIA.....

Ja niżej podpisany(a)
PESEL
Legitymujący(a) się dokumentem.....
Zamieszkały(a).....

OŚWIADCZAM, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną i że podane dane są zgodne z prawdą.

(data, czytelny podpis)

Niniejszym **UPOWAŻNIAM**:

1.
.....
(imię i nazwisko, st. pokrewieństwa)

do odbioru recept, zleceń, skierowań zleceń lub wydruków wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń, zgodnie z art. 42 ust. 3 ustawy z dnia 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 617 ze zm.)".

(data, czytelny podpis)

2.
.....
(imię i nazwisko, st. pokrewieństwa)

do uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci)

(data, czytelny podpis)

3.
.....
(imię i nazwisko, st. pokrewieństwa)

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, za życia i po śmierci

(data, czytelny podpis)

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

(data, czytelny podpis)