

Upoważnienie

Ja niżej podpisany/a

urodzony/a w PESEL

Oświadczam, że niżej wymienionego/a Pana/ią/instytucję

.....
(imię i nazwisko/dokładna nazwa instytucji)

o numerze PESEL /NIP zamieszkałego/mającego siedzibę

..... ul. nr m.

nr tel. kontaktowego

1. **upoważniam /nie upoważniam*** za mojego życia do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia, udzielonych mi świadczeniach medycznych oraz kopii dokumentacji medycznej.
2. **upoważniam /nie upoważniam*** po mojej śmierci do uzyskania kopii dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu leczenia oraz informacji o udzielonych mi świadczeniach medycznych poza instytucjami prawnie do tego upoważnionymi.

* **niepotrzebne skreślić**

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis)