

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(data urodzenia)

.....
(PESEL)

UPOWAŻNIENIE

W czasie mojego pobytu w UROVITA Sp. z o. o (**Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Medicus**)

upoważniam/ nie upoważniam żadnej osoby* do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.

Pana/Panią

nr telefonu

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić