

Pogórze, dnia _____ roku

Upoważnienie o udzielaniu informacji o stanie zdrowia

Ja, niżej podpisana /y (imię nazwisko) _____,
legitymującą /y się dowodem osobistym (seria numer) _____, PESEL (numer) _____,
upoważniam (imię nazwisko) _____,
legitymującą /ego się dowodem osobistym (seria numer) _____, PESEL (numer) _____,
adres zamieszkania _____,
do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych
w Medicorum Centrum Zdrowia^{*)}.

Podpis pacjenta udzielającego upoważnienia (czytelny imieniem i nazwiskiem)

Data (dd.mm.rrrr) i pieczęć

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie
oraz potwierdzającej zgodność podpisu oświadczającego
(czytelny imieniem i nazwiskiem)

^{*)} Zasady udostępniania dokumentacji medycznej w Medicorum Centrum Zdrowia reguluje Regulamin udostępniania dokumentacji medycznej wraz z wnioskiem o wydania i pouczenie.