



.....
Miejscowość, data

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany
(imię i nazwisko opiekuna prawnego)

PESEL: Nr telefonu:

działając jako przedstawiciel ustawowy / opiekun prawny małoletniego:

.....
(imię i nazwisko małoletniego)

PESEL:

Upoważniam:.....
(imię i nazwisko upoważnionego)

PESEL:

do uzyskiwania dostępu do dokumentacji medycznej, uzyskiwania informacji o stanie zdrowia oraz udzielonych świadczeń. Upoważnienie obejmuje prawo do wglądu, uzyskania kopii, wyciągów, odpisów i wydruków dotyczącej małoletniego dokumentacji.

.....
(podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego)