

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTÓW**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (rodzic dziecka, opiekun prawny, kurator):**

Nazwisko i imię (imiona) Przedstawiciela ustawowego:

Miejsce zamieszkania Przedstawiciela ustawowego:

Dodatkowe informacje pozwalające na ustalenie tożsamości osoby upoważnionej - opcjonalnie (data i miejsce urodzenia lub PESEL lub seria i numer dowodu tożsamości Przedstawiciela ustawowego)

DANE PACJENTA:

Imię Pacjenta:

Nazwisko:

PESEL lub data i miejsce urodzenia:

DANE OSOBY, KTÓRĄ PACJENT/PREDSTAWICIEL UPOWAŻNIA:

Imię osoby upoważnionej:

Nazwisko osoby upoważnionej:

Dodatkowe informacje pozwalające na ustalenie tożsamości osoby upoważnionej (data i miejsce urodzenia lub PESEL lub numer dokumentu tożsamości - dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy legitymacji szkolnej):

Działając jako Przedstawiciel ustawowy, na mocy art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w imieniu Pacjenta pozostającego pod moją opieką upoważniam wyżej wymienioną osobę do:

- odbioru recept*
- odbioru zleceń na wyroby medyczne*
- odbioru skierowań na badania*
- odbioru dokumentacji medycznej*
- innych:

 jednorazowo w dniu* na okres od do* na stałe*

* zaznaczyć właściwie

.....
Data złożenia oświadczenia.....
Czytelny podpis Przedstawiciela ustawowego