

# UPOWAŻNIENIE DO UZYSKIWANIA INFORMACJI

## **Dane upoważniającego**

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

## **Dane upoważnionego**

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres.....

Telefon.....

## **Zakres upoważnienia:**

*Uzyskiwania informacji o stanie zdrowia*

*upoważnienie*       *oświadczenie o braku upoważnienia*

*Uzyskiwanie dokumentacji*

*upoważnienie*       *oświadczenie o braku upoważnienia*

*Odbiór recept lub zleceń*

*upoważnienie*       *oświadczenie o braku upoważnienia*

**Podpis.....**



**Poradnia Lekarza  
Rodzinnego**

*Leśnica 8 Brenna*