

## UPOWAŻNIENIE DO LEKARZA DLA BABCI DZIECKA

Ja, niżej podpisany/a:

**Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:** \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

**Upoważniam Panią/Pana:**

Imię i nazwisko babci dziecka: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

**Do reprezentowania mojego dziecka:**

Imię i nazwisko dziecka: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_

**Upoważnienie dotyczy wszelkich niezbędnych działań związanych z leczeniem i opieką medyczną mojego dziecka**

- udzielania informacji o stanie zdrowia dziecka,
- podejmowania decyzji medycznych w nagłych przypadkach,
- podpisywania zgód na leczenie i badania diagnostyczne.

**Oświadczam, że upoważnienie jest ważne od dnia podpisania i obowiązuje do odwołania.**

Podpis rodzica/opiekuna prawnego: \_\_\_\_\_

Podpis osoby upoważnionej: \_\_\_\_\_

Miejsce: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

**PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ**

Podpis: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

Oryginalne źródło tego dokumentu:

<https://dokumenty-master.com/powaznienie-do-lekarza-dla-babci-dziecka-wzor/>

Czy ten wzór był dla Ciebie pomocny?

Zobacz więcej zaktualizowanych wzorów na stronie:

<https://dokumenty-master.com>

Zobacz więcej wzorów

Ten wzór jest przeznaczony wyłącznie do użytku osobistego i niekomercyjnego.  
Każde udostępnienie lub publikacja musi zawierać wskazanie źródła.

Ten wzór ma charakter wyłącznie informacyjny i nie stanowi porady prawnej.  
W przypadku konkretnych sytuacji zaleca się konsultację z wykwalifikowanym specjalistą.