

UPOWAŻNIENIE DO LEKARZA

Ja niżej podpisany/a:

Dane osoby upoważniającej:

Imię i nazwisko : _____

PESEL : _____

Adres zamieszkania : _____

Dane osoby upoważnionej (lekarza):

Imię i nazwisko : _____

Nr prawa wykonywania zawodu : _____

Adres miejsca pracy : _____

Upoważnienie:

Upoważniam powyżej wymienionego lekarza do dostępu oraz odbioru wszelkiej mojej dokumentacji medycznej, która jest niezbędna do celów diagnostycznych, terapeutycznych oraz innych czynności medycznych. Ponadto, upoważniam lekarza do podejmowania decyzji medycznych związanych z moim leczeniem, w tym do podpisywania dokumentów medycznych w moim imieniu, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Okres obowiązywania upoważnienia:

Upoważnienie jest ważne od dnia podpisania do odwołania. W przypadku chęci odwołania upoważnienia, zobowiązuję się poinformować o tym fakcie zainteresowane osoby na piśmie.

Podpis osoby upoważniającej:

Podpis osoby upoważnionej (lekarza):

Miejsce : _____

Data : _____

PODPIS OSOBY UPOWAŻNIAJĄCEJ

PODPIS LEKARZA

Podpis : _____

Podpis : _____

Oryginalne źródło tego dokumentu:

<https://dokumenty-master.com/powaznienie-do-lekarza-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.