

UPOWAŻNIENIE DO WIZYTY U LEKARZA Z DZIECKIEM

Ja niżej podpisany/a : _____

PESEL : _____

Adres zamieszkania : _____

UPOWAŻNIAM :

Imię i nazwisko osoby upoważnionej : _____

PESEL osoby upoważnionej : _____

Adres zamieszkania osoby upoważnionej : _____

Do reprezentowania mnie w placówce medycznej przy :

Nazwa placówki : _____

Adres placówki : _____

Upoważnienie dotyczy wizyty lekarskiej z moim dzieckiem :

Imię i nazwisko dziecka : _____

PESEL dziecka : _____

Oświadczenia :

1. Upoważnienie jest ważne wyłącznie na czas wizyty lekarskiej.
2. Osoba upoważniona ma prawo odbioru informacji medycznych dotyczących mojego dziecka.
3. Upoważnienie nie upoważnia do podejmowania decyzji o leczeniu poza wizytą.
4. Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą.

Podpis upoważniającego:

Podpis osoby upoważnionej:

Oryginalne źródło tego dokumentu:

<https://dokumenty-master.com/powaznienie-do-wizyty-u-lekarza-z-dzieckiem-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.