



Bydgoszcz, data:.....

UPOWAŻNIENIE

(Upoważnienie składa się osobiście w rejestracji Centrum Medycznego Intercor)

Dane upoważniającego:

Imię i nazwisko PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

upoważniam Pana/Panią:

Dane Upoważnionego:

Imię i nazwisko PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Do:

| Rodzaj upoważnienia | Podpis | Odwołanie upoważnienia (Data i podpis) |
|--|--------|--|
| Udostępniania informacji na temat stanu mojego zdrowia i udostępniania mojej dokumentacji medycznej (recepty, skierwania, wyniki itp.) | | |
| Udostępniania dokumentacji medycznej także w przypadku mojej śmierci | | |