



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		