

UPOWAŻNIENIE

Agnieszka Kaplan-Lukomska, Bożena Szczepaniuk, Wojciech Lipniacki s.c.
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Medycyny Rodzinnej
Kod Res. cz I 000000003448
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Medycyny Rodzinnej
21-560 Międzyrzec Podlaski ul. Wiejska 13 tel. 83 371 56 59
Regon 030314005-001 NIP 537-21-39-234
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Praktyka Medycyny Rodzinnej" s.c.
Kod Res. cz V 01
Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej
Kod Res. cz VII 001

Ja niżej podpisana(y)

Imię i Nazwisko.....

Pesel.....

Upoważniam osobę:

Imię i Nazwisko PESEL

Adres Telefon

- Do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych
- Do uzyskania mojej dokumentacji medycznej z tutejszego podmiotu
- Do uzyskania mojej dokumentacji medycznej z tutejszego podmiotu leczniczego w przypadku śmierci
- Do odbioru moich recept oraz zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne
- Sprzeciw udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci
- Sprzeciw udostępniania informacji o stanie zdrowia po śmierci
- Nie upoważniam nikogo

.....
Data i podpis