

....., dnia

.....

.....

.....

Imię i nazwisko upoważniającego, adres zamieszkania

Zgoda na udzielanie informacji o stanie zdrowia

Ja, niżej podpisana/y, oświadczam, iż wyrażam zgodę na udzielanie wszelkich informacji o moim stanie zdrowia, następującym osobom:

1)

Imię i nazwisko osoby upoważnionej, pokrewieństwo, numer dowodu osobistego

2)

Imię i nazwisko osoby upoważnionej, pokrewieństwo, numer dowodu osobistego

3)

Imię i nazwisko osoby upoważnionej, pokrewieństwo, numer dowodu osobistego

Upoważnienie niniejsze ma charakter ogólny i obejmuje zgodę na dostęp do wszelkich informacji związanych ze stanem zdrowia.

Upoważnienie zostaje udzielone bezterminowo.

.....

Podpis upoważniającego