PRO FEMINA
ul. Krośnieńska 1
42-500 Będzin
tel. 884 974 150

UPOWAŻNIENIE

Ja, (imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego)		PESEL												
Legitymująca/y się:														
	(nazwa dokumentu tożsamości)	(seria i numer)												
będąca (-ym) przedstawicielem ustawowym dziecka:														
		(imię i nazwisko dziecka)												
urodzonego		PESEL												
	(data urodzenia)													

Oświadczam, że* (zaznaczyć właściwe):

☐ upoważniam do chwili odwołania **do prawa uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka i udzielonych mu świadczeń zdrowotnych**														
..... (imię i nazwisko osoby upoważnionej)		PESEL												
Dane osoby upoważnionej:	Numer tel.:	Adres:												
☐ **nikogo nie upoważniam** do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka i udzielonych mu świadczeń zdrowotnych														

..... (miejscowość i data)

..... (podpis przedstawiciela ustawowego)

☐ upoważniam do chwili odwołania **do dostępu do dokumentacji medycznej mojego dziecka**														
..... (imię i nazwisko osoby upoważnionej)		PESEL												
Dane osoby upoważnionej:	Numer tel.:	Adres:												
☐ **nikogo nie upoważniam** do dostępu do dokumentacji medycznej mojego dziecka														

..... (miejscowość i data)

..... (podpis przedstawiciela ustawowego)

..... (podpis pracownika odbierającego oświadczenie)