

..... dnia r.

Pełnomocnictwo

Ja, niżej podpisany(a)

imię i nazwisko

o numerze PESEL zamieszkały(a) w

miejsowość

przy ulicy nr domu/mieszkania

ulica

numer domu/mieszkania

legitymujący(a) się dowodem osobistym / paszportem

seria i numer

wydany przez w dniu

organ wydający dokument

data wydania dokumentu

udzielam pełnomocnictwa

Panu/Pani*

imię i nazwisko

o numerze PESEL stale zamieszkałemu(ej)* w

miejsowość

przy ulicy nr domu/mieszkania

ulica

numer domu/mieszkania

legitymujący(a) się dowodem osobistym / paszportem

seria i numer

wydany przez w dniu

organ wydający dokument

data wydania dokumentu

do jednorazowego reprezentowania mnie w czynnościach związanych z odbiorem danych dostępowych do systemu Zintegrowany Informator Pacjenta.

.....

czytelny podpis