

Miejscowość, data

CENTRUM MEDYCZNE POLSKIE ZDROWIE

05-825 Grodzisk Mazowiecki, ul. Sienkiewicza 45

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPT, SKIEROWAŃ
I WYNIKÓW BADAŃ**

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta

Nr PESEL

Telefon / e-mail

Adres zamieszkania

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Nr PESEL

Nr dokumentu tożsamości

Adres / telefon kontaktowy osoby upoważnionej

ZAKRES UPOWAŻNIENIA

Ja, niżej podpisany(-a), upoważniam wskazaną powyżej osobę do odbioru w moim imieniu:

recept / kodów e-recept

skierowań / kodów e-skierowań

wyników badań laboratoryjnych

wyników badań diagnostycznych

innej dokumentacji

jakiej?

Upoważnienie dotyczy dokumentów wydawanych przez Centrum Medyczne Polskie Zdrowie.

Osoba upoważniona zobowiązana jest do okazania dokumentu tożsamości przy odbiorze.

Upoważnienie może zostać odwołane przez pacjenta w każdym czasie.

CZAS OBOWIĄZYWANIA

jednorazowo

bezterminowo

do dnia

OŚWIADCZENIE I PODPISY

Oświadczam, że dane podane w upoważnieniu są zgodne z prawdą.

data i czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego

data i podpis osoby przyjmującej upoważnienie