

.....dniar.

Pełnomocnictwo

Ja, niżej podpisany (a).....
imię i nazwisko

o numerze PESEL..... zamieszkały(a) w
miejscowość

przy ulicynr 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..... stałe zamieszkałemu(ej)* w
miejscowość

przy ulicynr 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