

.....  
(imię i nazwisko)

.....

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(data urodzenia)

.....  
(PESEL)

## UPOWAŻNIENIE

W czasie mojego pobytu w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Rajczy **upoważniam/ nie upoważniam żadnej osoby\*** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci

Pana/Panią .....

nr telefonu .....

.....

(podpis)

\* niepotrzebne skreślić