

.....dnia .....r.

## Pełnomocnictwo

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

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

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..... stałe zamieszkałemu(ej)\* w .....  
miejscowość

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