**………………………………………………………..**

 Imię i nazwisko, PESEL

 **…………………………………………………………**

 Adres

 **…………………………………………………………**

 Numer telefonu

**Upoważnienie**

 UpoważniamPana/Panią………………………………………………............................................…………….........…………..…

 adres zamieszkania……………………………………………………………PESEL………………………………………………………………….

 numer telefonu…………………………………………………….. do otrzymania informacji o moim stanie zdrowia, odbioru dokumentacji, recept/zaświadczeń oraz do wglądu po mojej śmierci.

 Inowrocław, dnia……………………………. Czytelny podpis……………………………………………………