**………………………………………………………..**

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……………………………………………………