

(pieczęć podmiotu udzielającego świadczenia zdrowotnego)



UPOWAŻNIENIE

Upoważniam
(imię, nazwisko, nr dowodu osobistego)

do sprawowania opieki nad moim dzieckiem
(imię, nazwisko, PESEL)

..... w czasie leczenia w

.....
Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego

.....
Adres zamieszkania

.....
telefon