

PEŁNOMOCNICTWO DLA BABCI DO LEKARZA Z DZIECKIEM

Ja niżej podpisany/a,

imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego: _____

PESEL: _____

Adres zamieszkania: _____

Udzielam pełnomocnictwa babci do reprezentowania mnie oraz mojego dziecka w sprawach medycznych.

Imię i nazwisko dziecka: _____

PESEL dziecka: _____

Data urodzenia dziecka: _____

Dane pełnomocnika (babci):

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Adres zamieszkania: _____

Upoważniam powyższą osobę do:

1. Reprezentowania mnie i mojego dziecka przed placówkami medycznymi oraz innymi instytucjami związanymi ze zdrowiem.
2. Podejmowania decyzji dotyczących leczenia i opieki medycznej dziecka, w tym wyrażania zgody na zabiegi medyczne.
3. Odbierania dokumentacji medycznej związanej z leczeniem dziecka.
4. Podejmowania innych czynności niezbędnych do zapewnienia opieki zdrowotnej dziecku podczas mojej nieobecności.

Oświadczam, że powyższe pełnomocnictwo jest ważne do odwołania.

Podpis rodzica/opiekuna prawnego: _____

Podpis pełnomocnika (babci): _____

Miejsce: _____

Data: _____

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

Podpis pełnomocnika (babci)

Podpis:

Podpis:

Oryginalne źródło tego dokumentu:

<https://dokumenty-pro.com/powaznienie-dla-babci-do-lekarza-z-dzieckiem/>

Czy ten wzór był dla Ciebie pomocny?

Zobacz więcej zaktualizowanych wzorów na stronie:

<https://dokumenty-pro.com>

Zobacz więcej wzorów

Ten wzór jest przeznaczony wyłącznie do użytku osobistego i niekomercyjnego.
Każde udostępnienie lub publikacja musi zawierać wskazanie źródła.

Ten wzór ma charakter wyłącznie informacyjny i nie stanowi porady prawnej.
W przypadku konkretnych sytuacji zaleca się konsultację z wykwalifikowanym specjalistą.