

# UPOWAŻNIENIE DO LEKARZA DLA DZIADKÓW

Ja, niżej podpisany/a:

**Imię i nazwisko:** \_\_\_\_\_

**PESEL:** \_\_\_\_\_

**Adres zamieszkania:** \_\_\_\_\_

niniejszym upoważniam:

**Imię i nazwisko upoważnionego/a (dziadków):** \_\_\_\_\_

**PESEL upoważnionego/a:** \_\_\_\_\_

**Adres zamieszkania upoważnionego/a:** \_\_\_\_\_

do reprezentowania mnie przed placówkami medycznymi oraz do podejmowania wszelkich niezbędnych czynności związanych z moim leczeniem oraz podejmowania decyzji medycznych w moim imieniu.

Upoważnienie obejmuje prawo do odbioru wyników badań, uzyskiwania informacji o stanie zdrowia, podpisywania dokumentacji medycznej oraz podejmowania działań niezbędnych w nagłych przypadkach.

Miejscowość: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Podpis osoby upoważniającej: \_\_\_\_\_

Podpis upoważnionego/a: \_\_\_\_\_  
**Podpis osoby upoważniającej** **Podpis upoważnionego/a**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Oryginalne źródło tego dokumentu:

<https://dokumenty-pro.com/powaznienie-do-lekarza-dla-dziadkow/>

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.