

.....  
imię i nazwisko

.....  
miejscowość i data

.....  
adres zamieszkania

.....  
data urodzenia

.....  
PESEL

## UPOWAŻNIENIE

W czasie mojego pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Żywcu przy ul. Żwirowej 20 **upoważniam/nie upoważniam żadnej osoby\*** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci

Panią/Pana .....

nr telefonu .....

.....  
Podpis

\* Niepotrzebne skreślić