

....., dn. 20.... r..

PESEL

(imię i nazwisko małoletniego, adres, PESEL)

.....
PESEL

(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego, adres, PESEL)

Upoważnienie

do udostępnienia informacji o stanie zdrowia małoletniego

Upoważniam niżej wymienione osoby do uzyskania informacji o stanie zdrowia mojego
dziecka w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Medycyna Rodzinna w Grójcu

.....
.....
.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej, adres PESEL)

.....
(podpis przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego)