



CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII W BYSTREJ
Poradnie Specjalistyczne
Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany.....PESEL □□□□□□□□□□□□
leg. się dokumentem tożsamości ze zdjęciem.....
nr dokumentu..... upoważniam Panią/Pana.....

PESEL □□□□□□□□□□□□, leg. się dokumentem tożsamości ze
zdjęciem.....nr dokumentu.....
do opieki nad moim dzieckiemPESEL.....
podczas:

wizyty lekarskiej w Poradni:

POZ

Alergologicznej

Chorób Płuc

pobrania krwi celem wykonania badań laboratoryjnych

wykonywania testów alergologicznych

inne.....

oraz do podjęcia w tym czasie w moim imieniu decyzji dotyczących innych, nieprzewidzianych
procedur medycznych zleconych przez lekarza.

Zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach ochrony i przetwarzania danych osobowych
obowiązujących w CPiT w Bystrej
(Podstawa prawna : art. 13 RODO).

.....
Data i czytelny podpis (imię i nazwisko) rodzica/ opiekuna prawnego

.....
Data i czytelny podpis osoby upoważnionej

*** Wypełnia pracownik Centrum**

Tożsamość osoby upoważnionej do opieki nad dzieckiem potwierdzam na podstawie
zgodności danych z upoważnienia z okazanym dokumentem tożsamości ze
zdjęciem:

.....
Podać nazwę i numer dokumentu tożsamości ze zdjęciem lub nazwę dokumentu potwierdzonego notarialnie

..... (data i czytelny podpis pracownika)