



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 dzieckiem .....PESEL.....  
podczas:

wizyty lekarskiej w Poradni:

POZ

ALERGOLOGICZNEJ

pobrania krwi celem wykonania badań laboratoryjnych

testów skórnych, płatkowych

inne.....

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

.....

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

**\* 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 dokumentu tożsamości ze zdjęciem lub nazwę dokumentu potwierdzonego notarialnie***

(data i czytelny podpis pracownika)

