

Miejscowość: dnia

Mocodawca:

Zam.:

PESEL:

Pełnomocnik:

Pracownik jednostki:

.....

PEŁNOMOCNICTWO

Ja, niżej podpisany/a jako użytkownik
opaski telemedycznej i uczestnik programu wsparcia seniorów, w związku uczestnictwem w tym
programie, niniejszym udzielam pełnomocnictwa
Panu/Pani

.....,

pracownikowi.....

do:

- Odebrania ode mnie niezbędnych danych osobowych, w tym danych medycznych;
- Uzupełniania Karty Informacyjnej Pacjenta tak w formie papierowej jak i elektronicznej, w oparciu o otrzymane dane, w tym do wprowadzania zaistniałych zmian;

MOCODAWCA:

.....

PEŁNOMOCNIK:

przyjmuję powyższe pełnomocnictwo:

.....