MEDICOVER

UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE

© Medicover D/8

pieczątka przychodni Medicover

.....dnia.....roku
miejscowość

Ja niżej podpisany ..... MRN .....
imię i nazwisko nr abonamentu Medicover

PESEL* / data urodzenia .....

zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ("Ustawa")

upoważniam Panią/Pana .....
imię i nazwisko

PESEL* / data urodzenia ..... do odebrania w moim imieniu

....., dotyczącej mojej osoby/mojego małoletniego
rodzaj dokumentacji, lekarz zlecający, data wykonania zlecenia

dziecka**..... a znajdującej się w Centrum Medicover.....
imię i nazwisko dziecka miasto / ulica

prowadzonym przez Medicover sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.

.....
czytelny podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa /
opiekuna ustawowego małoletniego

Stwierdzam własnoręczność podpisu złożonego w mojej obecności w dniu ..... roku

.....
czytelny podpis pracownika Medicover sp. z o.o.
stwierdzającego własnoręczność podpisu

WAŻNE! Informujemy o możliwości złożenia w/w oświadczeń za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta IKP. Informujemy, iż oświadczenia złożone za pośrednictwem IKP będą skuteczne w stosunku do wszystkich wskazanych przez Panią / Pana podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Nadto informujemy, iż za pośrednictwem IKP mają państwo możliwość weryfikacji zakresu złożonych oświadczeń, ich modyfikowania oraz odwołania, w każdym momencie.

*W przypadku osób nie posiadających numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.
**niepotrzebne skreślić