

.....  
 (miejsowość)

.....  
 (data)

Ja niżej podpisany/a.....(imię i nazwisko) posługujący/a się numerem PESEL\*/ data urodzenia.....zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta („Ustawa”) upoważniam Panią/ Pana..... (imię i nazwisko) posługującą/ego się numerem PESEL\*/ data urodzenia.....do odebrania w moim imieniu..... (rodzaj dokumentacji, lekarz zlecający, data wykonania zlecenia) dotyczący mojej osoby/ mojego małoletniego dziecka\*\*..... (imię i nazwisko dziecka), a znajdującej się w Przychodni Mój Doktor.....(nazwa placówki).

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

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

.....  
 czytelny podpis pracownika Mój Doktor  
 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 nieposiadających numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

\*\*niepotrzebne skreślić