

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO/ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO O WYCOFANIU
UPOWAŻNIEŃ**

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Imię i nazwisko małoletniego/ ubezwłasnowolnionego)

.....
(Imię i nazwisko opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego) *

.....
(Adres zamieszkania małoletniego/ ubezwłasnowolnionego) *

.....
(PESEL / data urodzenia małoletniego/ ubezwłasnowolnionego) *

.....
(Nazwa i adres podmiotu leczniczego)

*niepotrzebne skreślić

Ja, niżej podpisany/a, niniejszym wycofuję udzielone wcześniej upoważnienie dla:

Pana/Pani:
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej)

PESEL / data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu (jeśli jest znany):

do:

- ☐ uzyskiwania informacji stanie zdrowia**,
- ☐ dostępu do dokumentacji medycznej, w tym wglądu oraz uzyskiwania jej kopii**.

**zaznacz właściwe

Oświadczam, że wycofanie upoważnienia obowiązuje od momentu przyjęcia niniejszego oświadczenia przez podmiot leczniczy.

.....
(czytelny podpis opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego)