

Załącznik nr 11 do Regulaminu ZOL Szpital w Szczecinku sp. z o.o.

Szczecinek, dnia

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL
.....

.....
adres zamieszkania

Pełnomocnictwo

Niżej podpisany/a niniejszym udzielam pełnomocnictwa

.....
.....
(imię i nazwisko pełnomocnika, stopień pokrewieństwa)

.....
(adres)

.....
(nr dowodu osobistego, pesel)

do reprezentowania mnie w sprawie dotyczącej skierowania do Zakładu Opiekuńczo -
Leczniczego
dla Wentylowanych Mechanicznie Szpital w Szczecinku sp. z o.o. z siedzibą w Szczecinku,
podpisania umowy, jak również do odbioru świadczeń emerytalno - rentowych, zasiłków itp.,
wszelkich pism i korespondencji oraz składania wniosków i oświadczeń, które w zakresie
udzielonego pełnomocnictwa okażą się niezbędne. Jednocześnie oświadczam, że niniejsze
pełnomocnictwo zostaje udzielone na czas nieokreślony, a jego odwołanie może nastąpić bez
podania przyczyny w każdym czasie.

.....

podpis pacjenta