Górki Wielkie, dnia …….……2025 r.

Województwo Śląskie

Śląskie Centrum Reumatologii
im. gen. Jerzego Ziętka
w Ustroniu Sp. z o.o.
ul. Szpitalna 11
43-450 Ustroń

tel. +48 33 854 26 40
Obsługa Pacjenta
+48 33 856 80 87
wew. 333

Regon 243693791
NIP 5482667715
Nr KRS 0000527630
K.R. 000000013969
Kapitał zakładowy:57 275 000,00 zł

www.reumatologiczny.pl

Adres do e-doręczeń:
AE:PL-90830-77701-GDTIE-28

Adres skrzynki ePUAP:
/CentrumReumatologii/SkrytkaESP

UPOWAŻNIENIE DO ODWIEDZIN DZIECKA W SZPITALU

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna: .....

Numer PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon kontaktowy: .....

niniejszym upoważniam**:**

Imię i nazwisko osoby upoważnionej: .....

Nr dokumentu tożsamości (dowód osobisty/paszport): .....

Stopień pokrewieństwa / relacja z dzieckiem: .....

do odwiedzin mojego dziecka/podopiecznego przebywającego w szpitalu:

Imię i nazwisko dziecka: .....

Data urodzenia dziecka: .....

Oddział / nazwa szpitala: .....

Upoważnienie jest ważne od dnia ..... do dnia .....
lub do momentu odwołania na piśmie.

Oświadczam, że osoba upoważniona jest mi znana i wyrażam zgodę na jej obecność przy dziecku podczas odwiedzin w szpitalu.

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)