


<b>Upoważnienie do uczestnictwa w opiece nad dzieckiem przebywającym w Dziale Dziecięcym</b>		
	<b>WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SPZOZ W NOWEJ SOLI</b>	<b>M-101</b>
		<b>Wydanie: 01</b>
		<b>Ważne od: 01.08.2017 r.</b>

Nowa Sól, dnia.....

Ja, niżej podpisana/ny (rodzic/opiekun prawny):

.....  
Imię i nazwisko, dowód tożsamości (seria, numer), pesel

Upoważniam:

.....  
Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa wobec dziecka

legitymującego się.....  
Dowód tożsamości (seria, numer), pesel

do sprawowania opieki, podczas mojej nieobecności w Oddziale Dziecięcym

nad moim dzieckiem.....  
Imię, nazwisko, data urodzenia lub pesel dziecka

.....  
Data, podpis rodzica/opiekuna prawnego