

Śląskie Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowiskowe
im. dr. Adama Szebesty w Rabce-Zdroju sp. z o.o.

ul. Dzielna 5, 34-700 Rabka-Zdrój

tel.18 26 76 300, fax 18 26 77 469

REGON 000297951, NIP 7352856672

Ks. rój. I cz. 000000006288, Y PE: 04.02.03

Data.....

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Panią/a

legit. się dowodem osobistym nr i seria(pesel).....

do podejmowania decyzji we wszelkich sprawach dotyczących mojego dziecka:

(imię i nazwisko oraz pesel).....

.....
podczas leczenia w Śląskim Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowiskowym im. dr A. Szebesty
w Rabce-Zdrój sp z o.o.

.....

podpis rodzica lub opiekuna prawnego