

PEŁNOMOCNICTWO DO REPREZENTOWANIA POZOSTAŁYCH SPADKOBIERCÓW

(pełnomocnictwa muszą udzielić wszyscy spadkobiercy)

My niżej podpisani:

I Imię i nazwisko spadkobiercy	Numer PESEL
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Adres zamieszkania	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	

II Imię i nazwisko spadkobiercy	Numer PESEL
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Adres zamieszkania	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	

III Imię i nazwisko spadkobiercy	Numer PESEL
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Adres zamieszkania	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	

IV Imię i nazwisko spadkobiercy	Numer PESEL
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Adres zamieszkania	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	

V Imię i nazwisko spadkobiercy	Numer PESEL
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Adres zamieszkania	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	

VI Imię i nazwisko spadkobiercy	Numer PESEL
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Adres zamieszkania	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	

Niniejszym udzielam/y pełnomocnictwa:

Imię i nazwisko, numer PESEL **spadkobiercy** upoważnionej/godo reprezentowania pozostałych spadkobierców

Adres zamieszkania osoby upoważnionej do reprezentowania pozostałych spadkobierców

do reprezentowania i występowania w naszym imieniu w postępowaniu prowadzonym przez Wojewódzką Komisję do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Krakowie o ustalenie zdarzenia medycznego będącego następstwem udzielenia świadczeń zdrowotnych w szpitalu:

podać adres szpitala/podmiotu leczniczego prowadzącego szpital

podać imię i nazwisko pacjenta

Podpisy spadkobierców udzielających pełnomocnictwa ww. spadkobiercy:

I	
/ miejscowość i data /	/ podpis /

(1) Właściwe należy zaznaczyć X

(*) informacja nie jest obowiązkowa

II

/ miejscowość i data /

/ podpis /

III

/ miejscowość i data /

/ podpis /

IV

/ miejscowość i data /

/ podpis /

V

/ miejscowość i data /

/ podpis /

VI

/ miejscowość i data /

/ podpis /

W przypadku cofnięcia pełnomocnictwa przez któregokolwiek ze spadkobierców udzielających niniejszego pełnomocnictwa Wojewódzka Komisja umarza postępowanie o ustalenie zdarzenia medycznego (art. 671 ust. 2 pkt. 3 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 z późn. zm.)).