

PLNOMOCENSTVO

SPLNOMOCNITEĽ (PACIENT):

MENO A PRIEZVISKO PACIENTA:

DÁTUM NARODENIA:

ADRESA:

RODNÉ ČÍSLO:

(ďalej len ako „Splnomocniteľ“),

týmto splnomocňuje

SPLNOMOCNENCA:

MENO A PRIEZVISKO PACIENTA:

DÁTUM NARODENIA:

ADRESA:

ČÍSLO OBČ. PREUKAZU::

(ďalej len ako „Splnomocnenec“),

aby mu v mene Splnomocniteľa v zmysle ust. § 25 ods. 1 písm. c) zákona č. 576/2004 Z. z.

boli v celom rozsahu sprístupnené údaje a informácie zo zdravotnej dokumentácie Splnomocniteľa,

vedenej u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti – Nemocnica BORY, a. s., so sídlom Digital Park II, Einsteinova 25 Bratislava - mestská časť Petržalka, 851 01, IČO: 53 773 411, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť na základe rozhodnutia Bratislavského samosprávneho kraja na adrese Ivana Kadlečíka 6851/2, 84103 Bratislava-Lamač (ďalej len ako „Poskytovateľ“).

Splnomocnenec je na základe tohto plnomocenstva oprávnený najmä nahliadať do zdravotnej dokumentácie Splnomocniteľa, robiť si na mieste výpisky, odpisy alebo kópie tejto zdravotnej dokumentácie, ako aj preberať kópie alebo výpisy z tejto zdravotnej dokumentácie vedenej u Poskytovateľa.

Toto plnomocenstvo sa udeľuje výlučne na účel zabezpečenia sprístupnenia údajov a informácií zo zdravotnej dokumentácie Splnomocniteľa v rozsahu uvedenom vyššie. Splnomocnenie zaniká dňom naplnenia uvedeného účelu, najneskôr však uplynutím 6 mesiacov odo dňa jeho podpisu.

V:

DŇA:

SPLNOMOCNITEĽ*:

* Vyžaduje sa osvedčený podpis.