

.....
(miejsowość, data)

.....
Nazwa i adres placówki

PEŁNOMOCNICTWO

Ja, niżej podpisany/podpisana, działając
w imieniu

(Imię i Nazwisko)

.....
(nazwa i adres placówki placówki)

udzielam pełnomocnictwa Pani/Panu

.....
(Imię i Nazwisko)

legitymującej się/legitymującego się dowodem osobistym nr do zgłoszenia pracowników placówki do udziału w szkoleniu organizowanym przez Centrum e-Zdrowia w ramach projektu „Poprawa jakości świadczonych usług medycznych poprzez zapoznanie i przeszkolenie pracowników podmiotów leczniczych z podstawowymi terminami i procesami związanymi z wystawianiem, prowadzeniem i wymianą Elektronicznej Dokumentacji Medycznej”.

.....
(czytelny podpis i pieczęć)