



**Centrum Pediatrii**  
im. Jana Pawła II

**Wniosek**  
**opiekuna prawnego o uzyskanie dostępu do elektronicznych danych pacjenta**  
**z wykorzystaniem portalu e-Szpital**

---

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: .....

nr dokumentu tożsamości: .....

Oświadczam, iż jestem opiekunem prawnym pacjenta(dziecka):

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: .....

Proszę o utworzenie konta i uzyskanie dostępu do elektronicznych danych pacjenta z wykorzystaniem portalu e-Szpital w Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu.

Hasło pierwszorazowe proszę przesłać na adres poczty elektronicznej (mail):

.....

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis)

---

data wygaśnięcia: .....

(\*wypełnić w przypadku anulowania upoważnienia)