

**PEŁNOMOCNICTWO  
DO REPREZENTOWANIA POZOSTAŁYCH SPADKOBIERCÓW**  
(pełnomocnictwa muszą udzielić wszyscy spadkobiercy)

**My niżej podpisani:**

- 1 .....  
(imię i nazwisko spadkobiercy) (adres zamieszkania) (PESEL)
- 2 .....  
(imię i nazwisko spadkobiercy) (adres zamieszkania) (PESEL)
- 3 .....  
(imię i nazwisko spadkobiercy) (adres zamieszkania) (PESEL)
- 4 .....  
(imię i nazwisko spadkobiercy) (adres zamieszkania) (PESEL)

**Niniejszym udzielam/y pełnomocnictwa:**

**Panu/i**

(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania pozostałych spadkobierców)

(adres zamieszkania, PESEL osoby upoważnionej do reprezentowania pozostałych spadkobierców)

**do reprezentowania i występowania w naszym imieniu w postępowaniu przed  
Wojewódzką Komisją do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Szczecinie,  
w sprawie o ustalenie zdarzenia medycznego w:**

..... ,  
(podać adres podmiotu leczniczego prowadzącego szpital)

którego następstwem była śmierć pacjenta .....  
(imię i nazwisko pacjenta)

Wyrażam/y zgodę na przetwarzanie danych osobowych objętych wnioskiem i pełnomocnictwem, zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1182 z późn. zmianami)

Podpisy spadkobierców udzielających pełnomocnictwa ww. spadkobiercy:

1. .... miejscowość, data ..... podpis
2. .... miejscowość, data ..... podpis
3. .... miejscowość, data ..... podpis
4. .... miejscowość, 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 2012 r., poz. 159 z późn. zmianami)