

.....
(miejsowość, data)

.....
Nazwa i adres podmiotu

PEŁNOMOCNICTWO

Ja, niżej podpisany/podpisana, działając w imieniu
(Imię i Nazwisko)

.....
(nazwa i adres podmiotu)

udzielam pełnomocnictwa Pani/Panu
(Imię i Nazwisko)

do rejestracji i obsługi konta ww. Podmiotu na Platformie rejestracyjnej Akademii CeZ, w tym: zgłoszenia pracowników podmiotu 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)