Warszawa, …………….. r.

**PEŁNOMOCNICTWO**

Ja, niżej podpisany/a ………………………….., legitymujący/a się numerem PESEL …………………………….

Działający/a w imieniu własnym oraz jako przedstawiciel ustawowy małoletniego/małoletniej ……………………………… PESEL …………………………….

udzielam **adwokat Joannie Lazer** oraz **radcy prawnemu Małgorzacie Hudziak** pełnomocnictwa do reprezentowania mnie w postępowaniach sądowych, negocjacjach, do zawarcia ugody, także pozasądowej, do dokonywania wszelkich czynności materialnoprawnych, odbioru wynegocjowanej lub zasądzonej kwoty, wskazania rachunku bankowego do jej wypłaty, także w postępowaniu likwidacyjnym przez ubezpieczycielami we wszelkich sprawach związanych z dochodzeniem wszelkich roszczeń związanych z błędem medycznym, do którego doszło …………………… roku w …………………………………………, przed sądami i urzędami wszelkich instancji oraz przed Sądem Najwyższym, w postępowaniu karnym i dyscyplinarnym, w postępowaniu przed Rzecznikiem Praw Pacjenta a także przed Ubezpieczycielami i Wojewódzkimi Komisjami do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, przeciwko wszystkim zobowiązanym.

Udzielam również pełnomocnictwa do wglądu i odbioru dokumentacji medycznej.

Upoważniam adwokat Joannę Lazer i radcę prawnego Małgorzatę Hudziak do przetwarzania danych osobowych, dotyczących tej sprawy w celu świadczenia czynności adwokackich i radcowskich.

Ww. osoby oraz osoby przez nie upoważnione mogą przetwarzać dane osobowe, zapoznawać się z danymi osobowymi, zbierać je, wykorzystywać w zakresie świadczenia czynności w niniejszej sprawie.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_