

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_ r.  
(miejsowość) (data)

## PEŁNOMOCNICTWO

Ja \_\_\_\_\_, niżej \_\_\_\_\_, podpisana/-y

\_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_,

udzielam **adwokat Joannie Lazer** oraz **radcy prawnemu Maogorzacie Hudziak** pełnomocnictwa do reprezentowania 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 oraz uzyskiwania wszelkiej dokumentacji mnie dotyczącej we wszelkich sprawach związanych z błędem medycznym, do którego doszło w \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ przed sądami i urzędami wszelkich instancji oraz przed Sądem Najwyższym i Naczelnym Sądem Administracyjnym, a także przed Ubezpieczycielami i Wojewódzkimi Komisjami do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, przeciwko wszystkim zobowiązany.

\_\_\_\_\_  
Podpis

**LAZER & HUDZIAK ADWOKACI I RADCOWIE PRAWNI S.K.A.**

Biuro w Warszawie: Plac Konstytucji 5/19, 00-657 Warszawa  
tel. 536 007 001 | [www.lazer-hudziak.pl](http://www.lazer-hudziak.pl) | [kancelaria@lazer-hudziak.pl](mailto:kancelaria@lazer-hudziak.pl)