

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง /นางสาว).....
เลขประจำตัวประชาชน.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน..... ตำบล/เขต.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
เกี่ยวข้องกับ () ผู้ป่วย () ผู้แทน ชื่อ-สกุล.....
ในฐานะเป็น ☐ บุตร ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ คู่สมรส ☐ สามี ☐ ภรรยา ☐ ผู้ชอบธรรมตามกฎหมาย
ระบุ.....ขอมอบอำนาจให้ (นาย/ นาง /นางสาว)..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน..... ตำบล/เขต.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
เป็นผู้เปิดเผยประวัติการรักษาและเข้าถึงเวชระเบียนของผู้มอบอำนาจ เป็นหลักฐานให้กับโรงพยาบาล
สว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

- () เพื่อนำไปรักษาต่อ ที่อื่น โปรดระบุ.....
- () เพื่อนำไปเป็นเอกสารประกอบทางกฎหมาย /คดีความ /ศาล
- () เพื่อนำไปเป็นเอกสารประกอบ ทำประกันชีวิต/ เคลมประกันชีวิต บริษัท.....
- () อื่นๆ โปรดระบุ.....

การใดที่ผู้รับอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ จึ่งลงลายมือ
ชื่อไว้เป็นหลักฐาน และได้ลงชื่อไว้ต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ)..... ผู้มอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน
(.....)