

32-353 Trzyciąż, nr 72
357108301
012 3894 023
E-mail: spzoztrzyciaz@poczta.onet.pl

Dane pacjenta

Nazwisko i imię:

PESEL:

Oświadczenie

Zgodnie z Dz.U. 2015 poz. 2069 oświadczam, że upoważniam Pana/Panią

.....
(nazwisko i imię)

PESEL

adres

tel./e-mail

do:

- | | |
|--|-----------|
| 1) uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, za życia i po śmierci | TAK / NIE |
| 2) uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci | TAK / NIE |

.....
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)