



DATA

OŚWIADCZENIE

PACJENTA U POWAŻNIENIU OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

IMIĘ I NAZWISKO

NUMER PESEL

NUMER TELEFONU

WYRAŻAM ZGODĘ I UPOWAŻNIAM PANIĄ/PANA

ZAMIESZKAŁA/ZAMIESZKAŁEGO

NUMER TELEFONU

NUMER PESEL

DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DOTYCZĄCEJ MOJEJ OSOBY.

UPOWAŻNIENIE TO DOTYCZY / NIE DOTYCZY WGLĄDU DO MOJEJ

DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ RÓWNIEŻ W PRZYPADKU MOJEJ ŚMIERCI

----- NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

OŚWIADCZAM IŻ WW DANE SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM

PODPIS PACJENTA