

NZOZ KardioNeuroMED
Przychodnia Specjalistyczna
23-400 Biłgoraj, 3 Maja 87a

Biłgoraj, dnia.....r.

OŚWIADCZENIE

Niniejszym Oświadczam, że

jaNr PESEL
(imię i nazwisko)

upoważniam/nie upoważniam nikogo*
(imię i nazwisko)

.....
oraz nr PESEL lub seria i nr dok. tożsamości lub data urodzenia i adres osoby upoważnionej)

Do uzyskania:

dokumentacji medycznej

tak nie

informacji o stanie mojego zdrowia oraz udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych

tak nie

.....
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....
(czytelny podpis pacjenta)

*niepotrzebne skreślić
