

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

Biłgoraj, dnia.....r.

### OŚWIADCZENIE

**Niniejszym Oświadczam, że**

ja .....Nr PESEL .....  
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego)

**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 zdrowia oraz udzielonych świadczeniach zdrowotnych**

**tak nie**

mojego dziecka/ podopiecznego\* .....

legitymującego się nr PESEL.....

Jednocześnie potwierdzam tożsamość mojego dziecka/ podopiecznego.

.....  
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....  
(czytelny podpis opiekuna lub pełnomocnika)

\* niepotrzebne skreślić

---