

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Miejscowość i data

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Upoważniam niżej wymienioną osobę do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
Czytelny podpis pacjenta

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr dowodu osobistego