

.....  
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