

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany, _____ (imię i nazwisko), nr PESEL _____, adres _____, niniejszym:

1. Upoważniam Panią/Pana: _____, tel numer _____, adres: _____ * / nie upoważniam nikogo* do informowania o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach medycznych przez Centrum Medyczne „Piaski Nowe” Kacper Krawczyk sp.j.
2. Upoważniam Panią/Pana: _____, tel numer _____, adres: _____ * / nie upoważniam nikogo* do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej z Centrum Medyczne „Piaski Nowe” Kacper Krawczyk sp.j.

Data

Podpis pacjenta

* Niepotrzebne skreślić
