

.....

(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko.....PESEL.....
Adres.....

*UPOWAŻNIAM oraz wyrażam zgodę o udzielenie informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych w zakładzie leczniczym Venamed- Usługi Pielęgniarskie Lucyna Sitek

Imię i nazwisko.....PESEL.....
Adres.....

*UPOWAŻNIAM do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci z zakładu leczniczego Venamed- Usługi Pielęgniarskie

Imię i nazwisko.....PESEL.....
Adres.....

*Nie upoważniam nikogo do otrzymywania informacji dotyczącej mojego stanu zdrowia -dokumentacji medycznej

*Nie upoważniam nikogo do przekazania mojej dokumentacji medycznej w przypadku śmierci