

OŚWIADCZENIE PACJENTA



Nazwisko i imię pacjenta:

Adres:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Wszystkie poradnie w Mościckim Centrum Medycznym spółka z o.o.
przy ul. E. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów**

za wyjątkiem:

**Upoważniam niżej wymienioną osobę /nie upoważniam nikogo* do uzyskania
informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach
zdrowotnych, /również w przypadku mojej śmierci***

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

Adres:

Telefon:

**Upoważniam niżej wymienioną osobę /nie upoważniam nikogo* do uzyskania
mojej dokumentacji medycznej, /również w przypadku mojej śmierci***

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

Adres:

Telefon:

.....
*data i podpis pracownika
przyjmującego oświadczenie*

.....
data i podpis pacjenta

* niepotrzebne skreślić