



Formularz udostępniania dokumentacji medycznej  
**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

Nazwisko i imię pacjenta: .....

Adres: .....

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

PESEL:

**Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Mościckim Centrum Medycznym  
spółka z o.o. przy ul. E. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów**

**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/przedstawiciel ustawy*

\* niepotrzebne skreślić