

## OŚWIADCZENIE\*

Oświadczam , że do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i o udzielonych w zakładzie świadczeniach zdrowotnych oraz do dostępu do dokumentacji medycznej na wypadek mojej obłożnej choroby lub śmierci NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO/ UPOWAŻNIAM\*

\*(nieodpowiednie skreślić)

Panią(Pana)\* .....

.....

zam. ....

tel. ....

/ data i czytelny podpis pacjenta/