

OŚWIADCZENIE

1. Upoważniam / nikogo nie upoważniam* do uzyskiwania dokumentacji medycznej

.....
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(podpis osoby upoważniającej)

***niepotrzebne skreślić**

OŚWIADCZENIE

2. Upoważniam/nikogo nie upoważniam* do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

.....
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(miejsce zamieszkania, numer telefonu osoby upoważnionej)

.....
(podpis osoby upoważniającej)

***niepotrzebne skreślić**