

Oświadczenie

Imię.....

Nazwisko.....

Data urodzenia.....Pesel.....

Adres.....

Wyrażam zgodę na leczenie, badanie diagnostyczne w

Poradni.....

Do zasięgnięcia informacji o stanie mojego zdrowia *upoważniam /nie upoważniam

.....
(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa)

do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci *upoważniam /nie upoważniam.....

.....
(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)

*właściwie zaznaczyć

Oświadczenie

Imię.....

Nazwisko.....

Data urodzenia.....Pesel.....

Adres.....

Wyrażam zgodę na leczenie, badanie diagnostyczne w

Poradni.....

Do zasięgnięcia informacji o stanie mojego zdrowia *upoważniam /nie upoważniam

.....
(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa)

do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci *upoważniam /nie upoważniam.....

.....
(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)

*właściwie zaznaczyć