

OŚWIADCZENIE



IMIĘ.....NAZWISKO.....

DATA URODZENIAPESEL.....

ADRES.....

**Wyrażam zgodę na leczenie, badanie diagnostyczne w
Poradni.....**

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

.....
.....
.....

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

Do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci * upoważniam/nie upoważniam

.....
.....

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych

.....

(miejscowość i data)

.....

podpis

*właściwe zaznaczyć