

Nazwisko i imię pracownika

Oświadczenie

Zgodnie z Dz.U.2015 poz. 2069 oświadczam, że upoważniam Panią/Pana/

..... PESEL.....
nazwisko i imię

adres.....

tel/e-mail.....

do uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci

.....
data

.....
czytelny podpis pracownika/przedstawiciela ustawowego

Oświadczenie

Zgodnie z Dz.U.2015 poz. 2069 oświadczam, że upoważniam Panią/Pana

..... PESEL.....
nazwisko i imię

adres.....

tel/e-mail.....

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, za życia i po śmierci

.....
data

.....
czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego