

Oświadczenie

Upoważniam.....

*Imię i nazwisko, dane kontaktowe*

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeń zdrowotnych.

.....  
*Podpis pacjenta*

Oświadczenie

Upoważniam.....

*Imię i nazwisko, dane kontaktowe*

do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej

.....  
*Podpis pacjenta*