

NZOZ Wolne Miasto Sp. z o.o.
80-126 Gdańsk, ul. Cedrowa 27 lok. U4
REGON: 368495769
TEL.: (58) 716 21 20, 509 77 66 77
E-mail:
rejestracja@przychodniawolnemiasto.pl

Gdańsk, dnia

Oświadczenie

Ja

PESEL

Adres

Nr tel

Zgodnie z Dz. U. Nr 252, poz 1697 oświadczam, że upoważniam

.....
(imię i nazwisko)

PESEL

do:

- | | |
|---|---------|
| 1) uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych | TAK/NIE |
| 2) uzyskiwania dokumentacji medycznej | TAK/NIE |
| 3) odbioru recept | TAK/NIE |
| 4) odbioru wyników badań | TAK/NIE |

.....
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)