

Warszawa, dnia.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA

UPOWAŻNIENIE

osoby do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i świadczeniach zdrowotnych udzielonych przez **RENORT Usługi Medyczne Imroth, Piotrowski, Tyszko-Bury Sp. J. z siedzibą w Warszawie przy ul. Teligi 5.**

Ja (imię i nazwisko) PESEL

adres zamieszkania.....

1. **UPOWAŻNIAM** osobę (imię i nazwisko)

data urodzenia; tel.

2. **UPOWAŻNIAM** osobę (imię i nazwisko)

data urodzenia; tel.

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do udostępniania mojej dokumentacji medycznej zarówno za mojego życia, jak i po mojej śmierci. Jednocześnie zobowiązuję się, że poinformuję wskazaną powyżej osobę o podaniu Jej danych w tym formularzu.

.....

(podpis pacjenta)