Formularz udostępniania dokumentacji medycznej
OŚWIADCZENIE PACJENTA

Imię i Nazwisko Pacjenta .....

Pesel Pacjenta | | | | | | | | | | | |

Adres zamieszkania Pacjenta .....

Wszystkie Poradnie w Zespole Przychodni Specjalistycznych sp. z o.o., 33-100 Tarnów
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1
Za wyjątkiem .....

UPOWAŻNIAM NIŻEJ WYMIENIONĄ OSOBĘ DO OTRZYMYWANIA INFORMACJI O STANIE MOJEGO ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH

Imię: ……...
Nazwisko: .....
Data urodzenia: .....
Adres: .....
Telefon: .....

.....
Podpis Pacjenta

UPOWAŻNIAM NIŻEJ WYMIENINĄ OSOBĘ DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię: ……...
Nazwisko: .....
Data urodzenia: .....
Adres: .....
Telefon: .....

.....… .....
imię i nazwisko, data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie — Podpis Pacjenta