

.....
/pieczęć komórki organizacyjnej/jednostki/

.....
/ miejscowość /

.....
/data /

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany oświadczam, że:

.....
(imię nazwisko składającego oświadczenie/PESEL/adres/telefon/e-mail)

upoważniam/nie upoważniam nikogo*

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

.....
(imię nazwisko upoważnionego/PESEL/adres/telefon/e-mail)

.....
(imię nazwisko upoważnionego/PESEL/adres/telefon/e-mail)

.....
(podpis składającego oświadczenie)

upoważniam/nie upoważniam nikogo* do uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci

.....
(imię nazwisko upoważnionego/PESEL/adres/telefon/e-mail)

.....
(imię nazwisko upoważnionego/PESEL/adres/telefon/e-mail)

.....
(podpis składającego oświadczenie)

*niepotrzebne skreślić