

UPOWAŻNIENIE

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody* na udostępnienie informacji o stanie
mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych panu / pani*
..... adres:
..... tel.

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody* na udostępnienie dokumentacji
medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń
zdrowotnych panu / pani*
adres:
tel.

.....
data i czytelny podpis

* Niepotrzebne skreślić

UPOWAŻNIENIE

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody* na udostępnienie informacji o stanie
mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych panu / pani*
..... adres:
..... tel.

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody* na udostępnienie dokumentacji
medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń
zdrowotnych panu / pani*
adres:
tel.

.....
data i czytelny podpis

* Niepotrzebne skreślić

UPOWAŻNIENIE

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody* na udostępnienie informacji o stanie
mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych panu / pani*
..... adres:
..... tel.

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody* na udostępnienie dokumentacji
medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń
zdrowotnych panu / pani*
adres:
tel.

.....
data i czytelny podpis

* Niepotrzebne skreślić

UPOWAŻNIENIE

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody* na udostępnienie informacji o stanie
mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych panu / pani*
..... adres:
..... tel.

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody* na udostępnienie dokumentacji
medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń
zdrowotnych panu / pani*
adres:
tel.

.....
data i czytelny podpis

* Niepotrzebne skreślić