SAMODZIELNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W BIAŁYM DUNAJCU

Ul. Jana Pawła II 201 Biały Dunajec,……………….

34-425 Biały Dunajec

182073591, 730012293

**Dane pacjenta**

Nazwisko i imię: …………………………………………………………………………………………………………………….

PESEL: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Dane przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego**

Nazwisko i imię: ………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefon: ………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Oświadczenie**

Zgodnie z Dz.U. 2020 poz. 666 oświadczam, że upoważniam Pana/Panią

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

PESEL: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Tel./e-mail: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Do:

1. Uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, za życia i po śmierci TAK/NIE
2. Uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci TAK/NIE

………………………………………………………………………………

(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)