

Zespół Opieki Ambulatoryjnej w Kątach Wrocławskich

Kąty Wrocławskie

55-080 Kąty Wrocławskie ul. Stanisława Staszica 9

REGON: 932924246

Tel. 713 166 021

DANE PACJENTA:

Nazwisko i imię:.....

PESEL:

Nr Tel.

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że upoważniam Pana/Panią:

.....

(nazwisko i imię)

PESEL:

Adres:

Tel./E-mail:

Do:

- 1) Uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, za życia i po śmierci
- 2) Uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci
- 3) Do odbioru recept, wyników i zleceń

TAK/NIE

TAK/NIE

TAK/NIE

.....

data i podpis pacjenta