
Oświadczenia

Upoważniam Nie upoważniam nikogo

do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych Pana/ią

.....
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(nr telefonu / adres zamieszkania)

.....
Data i Podpis Pacjenta/przedstawiciela

Upoważniam Nie upoważniam nikogo

do uzyskiwania dostępu do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej Pana/Panią:

.....
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
Data i Podpis Pacjenta/przedstawiciela

Przyjmuję do wiadomości, że wszelkie informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych Pacjentów znajdują się na tablicach ogłoszeń SPZOZ w Skale oraz na stronie internetowej www.przychodnia-skala.pl

.....
Data i Podpis Pacjenta/przedstawiciela

.....
Podpis i pieczęć
osoby odbierającej oświadczenia