



.....
Piecątka poradni

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Upoważniam niżej wymienione osoby do:

- a) uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych*
- b) uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby*

- 1)
Imię i nazwisko osoby upoważnionej
-
Dane kontaktowe - adres do korespondencji, numer telefonu
- 2)
Imię i nazwisko osoby upoważnionej
-
Dane kontaktowe - adres do korespondencji, numer telefonu

*niepotrzebne skreślić

.....
Data, podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Załącznik do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych – dostępna w siedzibie administratora lub na stronie internetowej - <http://polimedporabka.pl/oferta/rodo>

.....
Piecątka poradni

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Upoważniam niżej wymienione osoby do:

- a) uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych*
- b) uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby*

- 1)
Imię i nazwisko osoby upoważnionej
-
Dane kontaktowe - adres do korespondencji, numer telefonu
- 2)
Imię i nazwisko osoby upoważnionej
-
Dane kontaktowe - adres do korespondencji, numer telefonu

*niepotrzebne skreślić

.....
Data, podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Załącznik do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych – dostępna w siedzibie administratora lub na stronie internetowej - <http://polimedporabka.pl/oferta/rodo>