

Mińsk Mazowiecki,

.....
(imię, nazwisko i PESEL pacjenta)

OŚWIADCZENIE II

Upoważniam Pana/Panią.....

zamieszkałego/a
(adres)

nr tel.....

do uzyskiwania mojej **dokumentacji medycznej**.

..... (podpis pacjenta)

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

.....(podpis pacjenta)