

Mińsk Mazowiecki, .....

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

### OŚWIADCZENIE I

Upoważniam

Pana/Panią.....zamieszkałego/ą.....

.....nr telefonu .....

do uzyskiwania **informacji** o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

..... (podpis pacjenta)

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

..... (podpis pacjenta)