OŚWIADCZENIA

NASZ RODZINNY SP. Z O.O.
85-094 Bydgoszcz, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9

Ja niżej podpisany (a),

.....
(imię, nazwisko)

.....
(nr PESEL)

.....
(adres zamieszkania, nr telefonu)

niniejszym upoważniam,

.....
(imię, nazwisko)

.....
(nr PESEL)

.....
(adres zamieszkania, nr telefonu)

- ☐ do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- ☐ do uzyskiwania dokumentacji medycznej,
- ☐ do odbioru recept lub zleceń.

....
(data) (podpis)

- ☐ wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań oraz udzielanie innych świadczeń zdrowotnych związanych z procesem leczenia.

....
(data) (podpis)