**Samodzielny Publiczny Miejski Zakład** Bochnia, .................................

**Opieki zdrowotnej w Bochni**

32-700 BOCHNIA,

ul. Floris 16, tel. 14 6117028

**DANE PACJENTA:**

NAZWISKO I IMIĘ:..........................................................................................

PESEL:.............................................................................................................

**OŚWIADCZENIE**

Zgodnie z Dz.U. Poz.2069 oświadczam, że upoważniam Pana/ Panią

.......................................................................................................................

PESEL:.............................................................................................................

adres:.............................................................................................................

tel./ e-mail.....................................................................................................

do:

1) uzyskiwania informacji o moim stania zdrowia i udzielonych TAK/ NIE świadczeniach zdrowotnych, za życia i po śmierci

2) uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci TAK/NIE

z poradni: ...........................................................................

............................................

(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)