

Nysa, dnia:.....
(data)

Oświadczenie

1) Ja
(czytelny podpis osoby upoważniającej, PESEL)

upoważniam /nikogo nie upoważniam*
(imię i nazwisko, data urodzenia osoby upoważnionej)
do dostępu do mojej dokumentacji medycznej

Oświadczenie

2) Ja
(czytelny podpis osoby upoważniającej, PESEL)

upoważniam /nikogo nie upoważniam*
(imię i nazwisko, data urodzenia osoby upoważnionej)
do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych
.....
(adres zamieszkania , numer telefonu osoby upoważnionej)

*niepotrzebne skreślić