

.....
(nazwa jednostki/komórki organizacyjnej „MCZ” S.A. - pieczętka)

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
numer PESEL

.....
adres

.....
numer telefonu

**„MIEDZIOWE CENTRUM ZDROWIA” S.A.
ul. M. Skłodowskiej - Curie 66
59 - 301 Lubin**

Oświadczam, że : *

1. Upoważniam osobę bliską

(imię i nazwisko)

.....

(adres i numer telefonu)

do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia, planowanych i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

2. Nie upoważniam nikogo do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia, planowanych i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Ja niżej podpisany oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w stopniu niezbędnym do prowadzenia dokumentacji medycznej.

.....
miejsce, data

.....
czytelny podpis pacjenta

* niepotrzebne skreślić

.....
podpis i pieczętka upoważnionego
pracownika „MCZ” S.A., w obecności którego
złożono niniejsze Oświadczenie