

.....  
(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/odbioru dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby  
(również w razie mojej śmierci).

2. Nie upoważniam nikogo do uzyskania mojej dokumentacji medycznej.

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

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis pacjenta

.....  
czytelny podpis (lub pieczętka i podpis)  
pracownika medycznego, w obecności  
którego złożono niniejsze Oświadczenie

\* niepotrzebne skreśli