

<p><b><u>Oświadczenie</u></b></p> <p>ja niżej podpisany upoważniam/nieupoważniam* do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych następujące osoby: *niepotrzebne skreślić</p>	<p><b><u>Oświadczenie</u></b></p> <p>ja niżej podpisany upoważniam do uzyskania mojej dokumentacji medycznej następujące osoby:</p>	<p><b><u>Oświadczenie</u></b></p> <p>ja niżej podpisany wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań oraz udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez: <b>NZOZ „MED8MIECHOWICE”</b></p>
..... imię, nazwisko	..... imię, nazwisko	..... imię i nazwisko pacjenta
..... adres	..... adres	
..... tel. kontaktowy	..... tel. kontaktowy	
..... imię, nazwisko	..... imię, nazwisko	
..... adres	..... adres	
..... tel. kontaktowy	..... tel. kontaktowy	
..... czytelny podpis pacjenta	..... czytelny podpis pacjenta	..... czytelny podpis pacjenta