

UPOWAŻNIENIE/ OŚWIADCZENIE

Upoważniam (nie upoważniam nikogo) do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych świadczeń zdrowotnych

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej (adres)

.....
data, podpis

Upoważniam (nie upoważniam nikogo) do uzyskania dokumentacji medycznej

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej (adres)

.....
data, podpis

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę (nie wyrażam zgody) na badania lub innego świadczenia zdrowotnego

.....
data, podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w historii choroby do celów leczenia oraz rozliczeń z NFZ

.....
data, podpis

UPOWAŻNIENIE/ OŚWIADCZENIE

Upoważniam (nie upoważniam nikogo) do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych świadczeń zdrowotnych

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej (adres)

.....
data, podpis

Upoważniam (nie upoważniam nikogo) do uzyskania dokumentacji medycznej

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej (adres)

.....
data, podpis

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę (nie wyrażam zgody) na badania lub innego świadczenia zdrowotnego

.....
data, podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w historii choroby do celów leczenia oraz rozliczeń z NFZ

.....
data, podpis

UPOWAŻNIENIE/ OŚWIADCZENIE

Upoważniam (nie upoważniam nikogo) do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych świadczeń zdrowotnych

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej (adres)

.....
data, podpis

Upoważniam (nie upoważniam nikogo) do uzyskania dokumentacji medycznej

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej (adres)

.....
data, podpis

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę (nie wyrażam zgody) na badania lub innego świadczenia zdrowotnego

.....
data, podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w historii choroby do celów leczenia oraz rozliczeń z NFZ

.....
data, podpis

UPOWAŻNIENIE/ OŚWIADCZENIE

Upoważniam (nie upoważniam nikogo) do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych świadczeń zdrowotnych

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej (adres)

.....
data, podpis

Upoważniam (nie upoważniam nikogo) do uzyskania dokumentacji medycznej

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej (adres)

.....
data, podpis

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę (nie wyrażam zgody) na badania lub innego świadczenia zdrowotnego

.....
data, podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w historii choroby do celów leczenia oraz rozliczeń z NFZ

.....
data, podpis