

NZOZ „CENTRUM”
tel: 438294887
REGON: 366054080
NIP: 8272312083
Kod świad.: 220211
Ul. Koźmińska 9
98-290 Warta

Warta, dn.

Pacjent:

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres:

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej z tutejszego Zakładu Opieki Zdrowotnej osobę:

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres:
Telefon:

Data złożenia:

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam do informowania o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych przez tutejszy Zakład Opieki Zdrowotnej osobę:

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres:
Telefon:

Data złożenia:

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań lub udzielanie innych świadczeń zdrowotnych, na zasadach określonych w rozdziale 5 Ustawy z dn. 06.11.2008r. O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w:

Nazwa: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „CENTRUM”
Adres: ul. Koźmińska 9, 98-290 Warta

Data złożenia:

.....
podpis