

WNZOZ MAXMED1 62-510 KONIN

.....
NAZWISKO IMIĘ PACJENTA (dziecka)

.....
PESEL

.....
ADRES

.....
NUMER TELEFONU

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia dziecka i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych **jest / nie upoważniam nikogo** Pana/Panią

.....
adres tel

2. Oświadczam, że osobą upoważnioną do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia dziecka oraz udzielanych mu świadczeń zdrowotnych **jest / nie upoważniam nikogo** Pana/Panią

.....
adres tel

3. Zapoznałam/m się z Prawami Pacjenta i informacjami Dotyczącymi ochrony danych osobowych (tablica informacyjna)

.....
data

.....
czytelny podpis opiekuna