

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a
nazwisko i imię pacjenta

Wyrażam zgodę na leczenie w poradni

upoważniam Panią / Pana
nazwisko i imię oraz dane kontaktowe osoby upoważnionej

nie upoważniam nikogo- do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

upoważniam Panią / Pana
nazwisko i imię oraz dane kontaktowe osoby upoważnionej

nie upoważniam nikogo- do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

Powyższe upoważnienie **obowiązuje / nie obowiązuje** w przypadku mojej śmierci.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach działalności WSSz. im. M. Pirogowa w Łodzi.

Zostałem/am zapoznany/a z Prawami i Obowiązkami pacjenta.

Łódź, dn.

.....
czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego