

Praktyka Grupowa Lekarzy POZ NZOZ
43-450 Ustroń, ul. Mickiewicza 1
Tel.: 33 333 60 61



MICKIEWICZA 1
PORADNIA RODZINNA

Dane pacjenta

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Oświadczenie

Zgodnie z Dz.U. 2015 poz. 2069 oświadczam, że upoważniam Pana/Panią

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres.....

Telefon/e-mail.....

Uzyskiwania informacji o stanie zdrowia	TAK / NIE*
Dostępu do dokumentacji	TAK / NIE*
Odbioru recept lub zleceń	TAK / NIE*

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres.....

Telefon/e-mail.....

Uzyskiwania informacji o stanie zdrowia	TAK / NIE*
Dostępu do dokumentacji	TAK / NIE*
Odbioru recept lub zleceń	TAK / NIE*

*zakreśl właściwe

.....
data i podpis