

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Gminna Przychodnia Lekarska w Iwoniczu-Zdroju
ul. Ks. Jana Rąba 4
38-440 Iwonicz-Zdrój

UPOWAŻNIENIE

Dane pacjenta

(imię i nazwisko)

(data urodzenia)

(adres zamieszkania)

1. *Upoważniam* następujące osoby do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeniach:

L.p.	Osoba upoważniona	Adres
1		

2. *Nie upoważniam* żadnych osób do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeniach.

3. *Upoważniam* następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby:

L.p.	Osoba upoważniona	Adres

4. *Nie upoważniam* żadnych osób do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

.....
Data złożenia oświadczenia

.....
Podpis pacjenta