

CENTRUM MEDYCZNE SIGNUM

40-668 Katowice, ul. Bażantów 6c

27331285400047

tel. 32-350 00 35

E-mail: recepca@signum-katowice.pl

Katowice

Dane pacjenta

Nazwisko i imię :

PESEL

Oświadczenie

Zgodnie z Dz.U. 2020 poz. 666 oświadczam, że upoważniam Pana/Panią

.....
(nazwisko i imię)

PESEL

ADRES

TEL.....

Do :

1) uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, za życia i po śmierci

TAK / NIE

2) uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci

TAK / NIE

.....
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)