

.....  
Nazwisko i imię

.....  
PESEL

.....  
Adres zamieszkania

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany upoważniam / nie upoważniam\* do **otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych**

Pana/Panią.....  
*imię i nazwisko, data urodzenia, stopień pokrewieństwa jeśli jest*

....., dnia .....r. ....  
miejsowość, data czytelnny podpis

Ja niżej podpisany upoważniam / nie upoważniam \* **do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci**

Pana/Panią.....  
*imię i nazwisko, data urodzenia, stopień pokrewieństwa jeśli jest*

....., dnia .....r. ....  
miejsowość, data czytelnny podpis

Ja niżej podpisany oświadczam, że wyrażam świadomą **zgode na przetwarzanie moich danych osobowych w stopniu niezbędnym do prowadzenia dokumentacji medycznej** (indywidualnej i zbiorczej). Zastrzegam sobie prawo do wglądu w te dane i ich zmianę.

....., dnia .....r. ....  
miejsowość, data czytelnny podpis