



Łódź, dn. ....

## OŚWIADCZENIE / UPOWAŻNIENIE

.....  
imię i nazwisko Pacjenta

.....  
PESEL

.....  
adres zamieszkania, nr telefonu

3. Oświadczam, że **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na udzielenie mi świadczenia zdrowotnego.  
\* niepotrzebne skreślić

4. Oświadczam, że:

**Upoważniam\*\***

\* właściwe zaznaczyć "X"

.....  
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....  
PESEL lub adres zamieszkania; telefon kontaktowy osoby upoważnionej

Rodzaj upoważnienia:

- do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych
- do udostępnienia dokumentacji medycznej

**Nie upoważniam nikogo\*\***

\*\*właściwe zaznaczyć "X"

.....  
Podpis Pacjenta

Potwierdzam zgodność danych z okazanym dokumentem tożsamości.

.....  
Podpis pracownika rejestracji

