

.....  
miejscowość i data

## Oświadczenie

Oświadczam, że: (zaznaczyć właściwe pole)

☐ **upoważniam** ..... (imię i nazwisko, nr pesel lub data urodzenia) do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Dane kontaktowe tej osoby (adres, numer telefonu, e-mail itp.):

.....

.....

☐ **nie upoważniam** żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....

Czytelny podpis składającego oświadczenie

## Oświadczenie

Oświadczam, że: (zaznaczyć właściwe pole)

☐ **upoważniam** ..... (imię i nazwisko, nr pesel lub data urodzenia) do dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w Praktyce Lekarskiej Hanna Krzyżańska (nazwa podmiotu leczniczego).

☐ **nie upoważniam** żadnej osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w Praktyce Lekarskiej Hanna Krzyżańska (nazwa podmiotu leczniczego).

.....

Czytelny podpis składającego oświadczenie