



**Zespół Diagnostyczno-Leczniczy „MEDYK”, NZOZ ,Krzysztof Brózda
77-400 Złotów , ul.Wielatowska 10, tel. 067/265 10 99**

**e-mail: przychodnia@medyk-zlotow.pl
www. medyk-zlotow.pl**

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
miejscowość, data

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę /Nie wyrażam zgody * na przeprowadzanie badań lub udzielanie innych świadczeń zdrowotnych w ZDL MEDYK w Złotowie ul. Wielatowska 10 , 77-400 Złotów.

Upoważniam / Nie upoważniam * n/w osobę do:

- a) uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych.
- b)uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
adres zamieszkania

czytelny podpis pacjenta

* niepotrzebne skreślić

* niepotrzebne skreślić