

<p>Gminny Zespół Lecznictwa Otwartego w Kietrze</p>	<p>OŚWIADCZENIE</p>	<p>..... (dane pacjenta)</p>
<p>UPOWAŻNIAM DO OTRZYMYWANIA INFORMACJI O STANIE MOJEGO ZDROWIA I UDZIELONYCH MI ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH</p> <p>NIE UPOWAŻNIAM</p> <p>(niewłaściwe skreślić)</p>	<p>IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UPOWAŻNIONEJ, DANE KONTAKTOWE</p> <p>.....</p>	
<p>UPOWAŻNIAM DO UZYSKIWANIA MOJEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</p> <p>NIE UPOWAŻNIAM</p> <p>(niewłaściwe skreślić)</p>	<p>IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UPOWAŻNIONEJ, DANE KONTAKTOWE</p> <p>.....</p>	
<p>DATA</p>	<p>PODPIS PACJENTA</p>	

<p>Gminny Zespół Lecznictwa Otwartego w Kietrze</p>	<p>OŚWIADCZENIE</p>	<p>..... (dane pacjenta)</p>
<p>UPOWAŻNIAM DO OTRZYMYWANIA INFORMACJI O STANIE MOJEGO ZDROWIA I UDZIELONYCH MI ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH</p> <p>NIE UPOWAŻNIAM</p> <p>(niewłaściwe skreślić)</p>	<p>IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UPOWAŻNIONEJ, DANE KONTAKTOWE</p> <p>.....</p>	
<p>UPOWAŻNIAM DO UZYSKIWANIA MOJEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</p> <p>NIE UPOWAŻNIAM</p> <p>(niewłaściwe skreślić)</p>	<p>IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UPOWAŻNIONEJ, DANE KONTAKTOWE</p> <p>.....</p>	
<p>DATA</p>	<p>PODPIS PACJENTA</p>	