

**Przychodnia Bocheńska**

32-700 Bochnia, ul. Krakowska 27  
36239677600019  
14 611 63 63

Bochnia, .....

**Dane pacjenta**

Nazwisko i imię: .....

PESEL: .....

**Oświadczenie**

Zgodnie z Dz.U. 2015 poz. 2069 oświadczam, że **upoważniam Pana/Panią:**

.....  
(nazwisko i imię)

PESEL: .....

Adres: .....

Telefon: .....

do:

- 1) uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, za życia i po śmierci      TAK / NIE
- 2) uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci      TAK / NIE

.....  
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)