



HUMANA MEDICA OMEDA Sp. z o.o.

ul. Fabryczna 39, 15-482 Białystok

tel. (85) 654 53 53, tel./fax. (85) 743 69 21
ks. rej. Nr 000000011047, oznaczenie organu: W-20

UPOWAŻNIENIE

Ja,, niżej podpisany
oświadczam, że:

- ✎ wyrażam zgodę na przyjęcie do szpitala
- ✎ zostałem(am) poinformowany(a), o przysługujących mi prawach zgodnie z obowiązującą Kartą Praw Pacjenta

PESEL pacjenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych **nie upoważniam nikogo/upoważniam***:

.....
.....

(imię i nazwisko, adres oraz telefon kontaktowy osoby upoważnionej przez pacjenta)

- do dostępu do mojej dokumentacji medycznej **nie upoważniam nikogo/upoważniam***:

.....
.....

(imię i nazwisko, adres oraz telefon kontaktowy osoby upoważnionej przez pacjenta)

✎ *niepotrzebne skreślić*

.....
(data)

.....
(czytelny podpis pacjenta)