

.....  
( Imię i nazwisko )

Myślenice, dnia .....

.....  
( adres )

.....  
( nr telefonu )

### OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że upoważniam Pana/Panią .....  
zamieszkałego/zamieszkałą ..... do otrzymywania  
informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeń medycznych.

Oświadczam, że w przypadku mojej śmierci upoważniam Pana/Panią .....  
..... zamieszkałego/ zamieszkałą .....  
do uzyskiwania indywidualnej dokumentacji medycznej dotyczącej korzystania przez mnie ze  
świadczeń zdrowotnych w SPZOZ w Myślenicach.

.....  
( czytelny podpis pacjenta lub opiekuna  
prawnego pacjenta niepełnoletniego )