

Załącznik nr 3 do Zarządzenia nr 1/11/2012

....., dn. ....

miejsowość

### OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych i :

**Upoważniam\***.....o serii i numerze dokumentu tożsamości:

**Nie upoważniam nikogo\*** :

do uzyskania wszelkich informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych\*\*, do uzyskania dokumentacji medycznej\*\* w Centrum Słuchu i Mowy Sp. z. o.o. .

Z poważaniem

.....

Czytelny podpis

\*Nie potrzebne skreślić, \*\* Zakreślić wybrane

---