

Licheń Stary, dnia

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że nie wyrażam zgody na udzielanie informacji o stanie mojego zdrowia / na udostępnienie dokumentacji medycznej¹ dotyczącej stanu mojego zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych.

.....
Podpis pacjenta

¹ Niepotrzebne skreślić