



ZAKON POSŁUGUJĄCYCH CHORYM
OJCOWIE KAMILIANIE
- P O D M I O T L E C Z N I C Z Y -

pieczętka przedsiębiorstwa Podmiotu Leczniczego

Miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Nazwisko i imię

PESEL

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

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na informowanie o moim stanie zdrowia i udostępnienie dokumentacji medycznej następującym osobom:

1)ur.....

adres zamieszkania

2)ur.....

adres zamieszkania

.....
podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Podmiot Leczniczy Zakon Posługujących Chorym Ojcowie Kamilianie w celach niezbędnych do świadczenia usług w Kamiliańskim Centrum Opiekuńczo-Lecznicznym.

.....
podpis pacjenta/opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić