

OŚWIADCZENIE DLA OSOBY PEŁNOLETNIEJ

Oświadczam, że **wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań i udzielenie innych świadczeń zdrowotnych** przez personel medyczny podmiotu leczniczego:

Lekarz Pomorze Igor Gusarski
ul. Piechowskiego 3, 83-400 Kościerzyna

Ponadto oświadczam, że **wyrażam zgodę na udzielenie informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych** Panu/Pani

IMIĘ	
NAZWISKO	
ADRES	
TELEFON KONTAKTOWY	

Kościerzyna, dnia

.....
czytelny podpis