



NZOZ Poliklinika Ginekologiczno-Położnicza
dr Krzysztof Arciszewski

ul. Zamenhofa 19, 15-435 Białystok
tel. +48 (85) 732 32 02, fax. + 48 (85) 740 61 55
ks. rej. nr 20-00444

UPOWAŻNIENIE

Ja,, niżej podpisana/-y oświadczam, że:

- **nie upoważniam nikogo / upoważniam*** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych Pana/Panią:

.....

.....

(imię i nazwisko, adres zameldowania oraz telefon kontaktowy osoby upoważnionej przez pacjenta)

- **nie upoważniam nikogo / upoważniam*** do dostępu do mojej dokumentacji medycznej Pana/Panią:

.....

.....

(imię i nazwisko, adres zameldowania oraz telefon kontaktowy osoby upoważnionej przez pacjenta)

* niepotrzebne skreślić

.....

(data)

.....

(czytelny podpis pacjenta)