



## Oświadczenie

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020 poz. 666 z późn. zm.) oświadczam, że upoważniam Pana/Panią

.....  
(nazwisko i imię)

PESEL: .....

Adres: .....

tel./e-mail .....

do uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci

.....  
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)