NZOZ MULTI-MEDYK Sp. z o.o

ul. Pl. Św. Macieja 8, 50-244 Wrocław
REGON: 9326882200002
NIP: 898197305
Tel: 71321600

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:_____

PESEL: _____

Tel: _____

Ul. _____

_____

Oświadczenie pacjenta

Osobą upoważnioną do:

- otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia oraz udzielonych świadczeniach medycznych
- uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej (także po mojej śmierci)
- odbioru recept i zleceń

jest _____

PESEL/nr dokumentu: _____

adres: _____

tel.: _____

data i podpis Pacjenta .....
__.__.2020r.