

Med-Skarpa spółka z o.o  
os. Na Skarpie 6,31-909 Kraków

**Dane pacjenta**

Imię i Nazwisko ..... Pesel .....

Adres ..... nr telefonu .....

Adres e-mail .....

*Upoważniam / nie upoważniam nikogo* \* do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych ( Imię i Nazwisko, adres, nr telefonu ):

.....

*Upoważniam / nie upoważniam nikogo* \* do uzyskania dokumentacji medycznej ( Imię i Nazwisko, adres, nr telefonu ):

.....

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania albo udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, o którym zostałem/am poinformowany/a w sposób dla mnie zrozumiały.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych związanych z moim leczeniem ( Dz. Urz. UE L 199 z 04.05.2016 ).

.....

Data i Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

\* Niepotrzebne skreślić