

Grodzisk Maz., dnia 20..... r.

UPOWAŻNIENIE

do otrzymywania informacji o stanie zdrowia oraz udzielonych świadczeniach

Nazwisko i imię

PESEL

nie upoważniam nikogo do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia oraz udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych

upoważniam do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia oraz udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych:

.....

Nazwisko, imię oraz telefon osoby upoważnionej

UPOWAŻNIENIE

do uzyskiwania dokumentacji medycznej

nie upoważniam nikogo do uzyskania dokumentacji medycznej.

upoważniam do uzyskania dokumentacji medycznej:

.....

Nazwisko, imię oraz telefon osoby upoważnionej

.....

Czytelny podpis

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez NZOZ MALVITA w celach:

udzielania świadczeń zdrowotnych oraz dokonywania rozliczeń z tego tytułu

prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej

przesyłania informacji odnośnie badań profilaktycznych i usług medycznych

.....

Czytelny podpis