

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warce  
Przychodnia w Warce  
ul. Piotra Wysockiego 12, 05-660 Warka  
Poradnia Lekarza POZ  
I-000000009273, VII-001, VIII-0010

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a ..... PESEL .....

**UPOWAŻNIAM** Pana/Panią .....

Adres zam. .... Tel. ....

Do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia, udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych.

Data ..... Podpis .....

Własnoręczność podpisu potwierdzam: .....

(czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

Ja niżej podpisany/a ..... PESEL .....

**UPOWAŻNIAM** Pana/Panią .....

Adres zam. .... Tel. ....

Do uzyskiwania dokumentacji medycznej z udzielonych mi świadczeń zdrowotnych.

Data ..... Podpis .....

Własnoręczność podpisu potwierdzam: .....

(czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie)