

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

Dotyczy:

Imię, nazwisko. Pesel dziecka

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a PESEL

UPOWAŻNIAM Pana/Panią

Adres zam. Tel.

Do otrzymania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka, i udzielanych mu 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 mojemu dziecku świadczeń zdrowotnych.

Data Podpis

Własnoręczność podpisu potwierdzam:

(czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie)