



-----

Imię i nazwisko pensjonariusza

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PESEL

-----

Miejscowość

-----

Data

**Oświadczenie Przedstawiciela Pensjonariusza:**

.....

Imię i nazwisko, telefon

**Upoważnienie dotyczące uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pensjonariusza i udzielonych świadczeń zdrowotnych**

- ☐ Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych.
- ☐ Upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach:

1. ....

.....

Imię i nazwisko, adres zamieszkania, telefon

2. ....

.....

Imię i nazwisko, adres zamieszkania, telefon

3. ....

.....

Imię i nazwisko, adres zamieszkania, telefon

.....

Czytelny podpis Przedstawiciela Pensjonariusza