

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres
.....

UPOWAŻNIENIE DO INFORMACJI

Upoważniam do uzyskania informacji o stanie zdrowia, udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych i odbioru dokumentacji medycznej powstałej w ZOD FREGATA sp. z o. o. :

Imię i nazwisko

Numer telefonu

Upoważniam do otrzymywania dokumentacji medycznej powstałej w ZOD FREGATA sp. z o. o., w przypadku mojej śmierci:

Imię i nazwisko.....

Numer telefonu

Nie upoważniam nikogo do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci*.

Oświadczam, iż zostałam(-em) poinformowana(y) o możliwości przekazywania pieniędzy i rzeczy wartościowych do depozytu.

Przyjmuję do wiadomości, że ZOD FREGATA sp. z o. o. nie odpowiada za przedmioty wartościowe i pieniądze nie oddane do depozytu.

.....
Podpis osoby ubiegającej się
o przyjęcie do Zakładu
lub jej ustawowego opiekuna

* zaznaczyć potrzebne