**OŚWIADCZENIE**

 ….........................................................................................................................

 (imię i nazwisko, PESEL, numer telefonu pacjenta)

 wyrażam zgodę na leczenie, badania diagnostyczne w Poradni

 „ Centrum Medyczne MediCenter” Sp. z o.o.

 Do zasięgania informacji i stanie zdrowia oraz o udzielanych świadczeń

 upoważniam/nie upoważniam:

 ….........................................................................................................................

 (imię i nazwisko, PESEL, numer telefonu)

Do uzyskania dokumentacji medycznej upoważniam/nie upoważniam:

….........................................................................................................................

 (imię i nazwisko, PESEL, numer telefonu)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb procesu diagnostyki i leczenie

(zgodnie z ust. O ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r. Dz. U. Nr 133 poz. 883)

….......................................................................

 (miejscowość, data, czytelny podpis)