**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)