

**UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU / ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja, .............................................................................................. data urodzenia: ……....................................

[ ]  Nie upoważniam nikogo do uzyskania dostępu / odbioru mojej dokumentacji medycznej

[ ]  Upoważniam do uzyskania dostępu / odbioru mojej dokumentacji medycznej Pana/Panią:

…………………….................................................................................................................................................... Imię i Nazwisko, numer tel. osoby upoważnionej

Miejscowość, data Podpis

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

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną, która zawiera szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania moich danych osobowych przez Vito-med. I związanych z tym praw.

Miejscowość, data Podpis

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