

Imię i nazwisko:

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem opiekunem faktycznym Pacjenta/Pacjentki

Pana/Pani.....Pesel.....

zam.....

Proszę o informacje o stanie zdrowia chorego/chorej i udzielanych świadczeniach zdrowotnych.

.....

(data, czytelny podpis opiekuna)