

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
telefon kontaktowy

### ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ..... przez VitalAire Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą (dawniej: HELP VitalAire Sp. z o.o. oraz St. Vincent Medical Center Sp. z o.o.) w Poznaniu, przy ul. Strzeszyńskiej 33, 60-479 Poznań

Upoważniam (imię i nazwisko, numer dowodu osobistego, telefon kontaktowy)

- .....  
.....  
.....
- a) do kontaktu z VitalAire Sp. z o.o. (dawniej: ELP VitalAire Sp. z o.o. oraz St. Vincent Medical Center Sp. z o.o.),
  - b) do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych,
  - c) do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

.....  
Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta