

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
Miejscowość, data

.....
adres zamieszkania

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

.....
telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA NA OBJĘCIE OPIEKĄ

Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie przez VitalAire Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Poznaniu, przy ul. Strzeszyńskiej 33, 60-479 Poznań

Upoważniam (imię i nazwisko, telefon kontaktowy)

.....

.....

.....

- a) do kontaktu z VitalAire 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