

OŚWIADCZENIE OSOBY BLISKIEJ

Ja, niżej podpisany/na ..... oświadczam, że jestem osobą bliską Pana/Pani ..... i nie wyrażam sprzeciwu wobec udostępnienia dokumentacji medycznej tej osoby Pani/Panu .....

.....  
Imię i nazwisko, podpis i data