

.....
.....
.....

.....
miejsowość, data

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty za pobyt w Szpitalu Powiatowym w Gryfinie Sp. Z o.o. **Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym Psychiatrycznym w Nowym Czarnowie.**

.....

.....
podpis pacjenta

.....
.....
.....

.....
miejsowość, data

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych w Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o. w Gryfinie Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym Psychiatrycznym.

.....
podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE

Zgodnie z § 52 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania oświadczam, że do uzyskania mojej dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci upoważniam:

.....

.....

...../ nie upoważniam żadnej osoby*.

.....

data i podpis pacjenta

* niepotrzebne skreślić