



Miejscowość, data

[illegible]

telefon kontaktowy

a) do kontaktu z NZOZ MEDYK-POZNAŃ 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