



UNIDENT
UNION

**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU LUB BRAKU
UPOWAŻNIENIA OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI**

Ja _____ Pesel _____

zamieszkały/a: _____,

oświadczam, że upoważniam*) Pana/-ią _____, zamieszkałego/ą

_____ ,

/nie upoważniam nikogo innego*) do wglądu do mojej dokumentacji medycznej oraz uzyskiwania odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w Unident Union II&IF Aesthetica Iwona Gnach Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu, adres: al. Jana Kochanowskiego nr 20 lok. C 20, 51-601 Wrocław, wpisaną do rejestru przedsiębiorców KRS przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sadowego pod numerem KRS: 0001031299, NIP: 8982292154, kapitał zakładowy w wysokości 50.000,00 zł.

data, czytelny podpis pacjenta