ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GÓRZNIE
SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
ul. Kard. Stefana Wyszyńskiego 6, 08-404 Górzno

Oświadczenie pacjenta

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

niniejszym oświadczam, że **nie upoważniam żadnej osoby** do:

1. Odbioru mojej dokumentacji medycznej, w tym historii choroby i wyników badań.
2. Odbioru recept wystawionych na moje nazwisko.
3. Uzyskiwania jakichkolwiek informacji dotyczących mojego stanu zdrowia.

Oświadczenie jest ważne od dnia jego podpisania i obowiązuje do odwołania w formie pisemnej.

Miejscowość: .....

Data: .....

Podpis pacjenta: .....

Klauzula informacyjna (RODO):
Dane osobowe zawarte w niniejszym upoważnieniu są przetwarzane przez **Zakład Opieki Zdrowotnej w Górznie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**, z siedzibą przy ul. Kard. Stefana Wyszyńskiego 6, 08-404 Górzno, wyłącznie w celu realizacji niniejszego upoważnienia, zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych (RODO) oraz ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.