

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
adres zamieszkania

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

.....  
telefon kontaktowy

### ZGODA PACJENTA NA OBJĘCIE OPIEKĄ

Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ..... przez VitalAire Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Poznaniu, przy ul. Strzeszyńskiej 33, 60-479 Poznań

Upoważniam (imię i nazwisko, telefon kontaktowy)

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

- a) do kontaktu z VitalAire 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