



.....
Miejscowość i data

.....
/ imię i nazwisko pacjenta / opiekuna prawnego /

.....
/adres/

.....
/nr PESEL /

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę CertaMed, ul.Wierzbowa 9 55-080 Smolec, na przechowywanie kserokopii mojej legitymacji emeryta/rencisty, dowodu osobistego oraz zaświadczenia o dochodach w dokumentacji medycznej.

.....
/podpis pacjenta / opiekuna prawnego/