

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y

(imię i nazwisko),

numer PESEL jako prawny opiekun

.....

(imię i nazwisko zawodnika)

niniejszym oświadczam iż:

1. Zapoznałam/łem się z uprawnieniami wynikającymi z art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 roku Nr 52, poz.417) i oświadczam, że upoważniam / nikogo nie upoważniam² do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby/osoby mojego podopiecznego².

.....

imię i nazwisko osoby upoważnionej oraz jej adres zamieszkania i numer telefonu

2. Niniejszym upoważniam / nikogo nie upoważniam² do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia /o stanie zdrowia mojego podopiecznego³ i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....

imię i nazwisko osoby upoważnionej oraz jej adres zamieszkania i numer telefonu

3. Zostałam/łem poinformowana/y o możliwości cofnięcia w każdym czasie udzielonego upoważnienia (dotyczy pkt. 1 i 2 niniejszego oświadczenia).

.....

imię i nazwisko osoby upoważnionej oraz jej adres zamieszkania i numer telefonu