

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....

.....
adres

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja niżej podpisany niniejszym oświadczam, że w związku z

.....

zwalniam z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej lekarzy oraz personel medyczny
Zespołu Poradni Specjalistycznych przy Instytucie Zdrowia w Warszawie w zakresie:

.....

.....

.....
podpis pacjenta