....................................................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) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. do kontaktu z VitalAire Sp. z o.o.
2. do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych,
3. do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

...................................................................………………

 Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta