

Warszawa, dnia.....20.....r.

## **UPOWAŻNIENIE DO PRZEKAZYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DROGĄ LISTOWNĄ**

Ja niżej podpisany(a)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

.....

Nr PESEL:.....

Nr telefonu:.....

Email:.....

upoważniam Onkolmed Lecznica Onkologiczna s.c. z siedzibą w Warszawie przy ul. Nowoursynowskiej 139L do udostępniania mojej dokumentacji medycznej drogą listowną na mój adres zamieszkania lub osoby przeze mnie upoważnionej do dostępu (w tym wglądu do oryginałów, uzyskania kopii, odpisów i wypisów) do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej (w rozumieniu art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (z póź. zm.)). Niniejsze upoważnienie jest udzielone bezterminowo i dotyczy każdej dotyczącej mnie dokumentacji medycznej, administrowanej przez Onkolmed Lecznica Onkologiczna s.c. z siedzibą w 02-776 Warszawa przy ul. Nowoursynowskiej 139L

.....

podpis Pacjenta