

0-0M

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
we Wrocławiu  
51-124 Wrocław, ul.Kamieńskiego 73 A



## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że:

- nie upoważniam nikogo\*;
- upoważniam następującą osobę\*:

imie i nazwisko

adres zamieszkania

do uzyskiwania dokumentacji medycznej, również w przypadku mojej śmierci.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
data

.....  
podpis