**LOM SCAN sp. z o.o.**

**Pracownia PET CT**

Data

**Oświadczenie pacjenta**

**Ja, niżej podpisany,** (imię i nazwisko)…………………………………………..

**PESEL:**

upoważniam ………………………………………………..……………… (imię i nazwisko, nr pesel lub data urodzenia) do uzyskiwania **informacji** o moim **stanie zdrowia** i udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Dane kontaktowe tej osoby (adres, numer telefonu, e–mail itp.):

Podpis czytelny