

**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