

Oświadczenie

upoważniam (*imię i nazwisko, nr PESEL lub data urodzenia*) do dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w Hello Smile Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Papiernicza 7, 92-312 Łódź, Polska, wpisanej do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000754180, NIP 5842778056

nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w Hello Smile Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Papiernicza 7, 92-312 Łódź, Polska, wpisanej do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000754180, NIP 5842778056

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

Część dołączana w przypadku, gdy oświadczenie składa przedstawiciel ustawowy/ opiekun faktyczny*

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym¹ małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej *

.....
(imię i nazwisko oraz nr PESEL małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej)

.....
Czytelny podpis

.....
PESEL

*przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego**

* *niepotrzebne skreślić*

¹ **opiekun faktyczny** wg definicji zawartej w art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417, z późn. zm.), to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga