

Załącznik nr 5

## OŚWIADCZENIE DLA OSOBY PEŁNOLETNIEJ

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań i udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny .....

Ponadto oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych Panu/Pani

.....  
.....

(imię i nazwisko, adres, numer telefonu kontaktowego)

.....

Miejscowość i data

.....

czytelny podpis