

OŚWIADCZENIE

JA niżej podpisany/a [imię i nazwisko], numer PESEL
jako prawny opiekun [imię i nazwisko zawodnika]¹-
niniejszym oświadczam iż:

1. zapoznałem/am się z uprawnieniami wynikającymi z art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 roku Nr 52, poz. 417) i oświadczam, że upoważniam/nikogo nie upoważniam² do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby/osoby mojego podopiecznego.

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej oraz jej adres zamieszkania i nr telefonu

2. niniejszym upoważniam/nikogo nie upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia/o stanie zdrowia mojego podopiecznego i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej oraz jej adres zamieszkania i nr telefonu

3. zostałem/am poinformowany/a o możliwości cofnięcia w każdym czasie udzielonego upoważnienia (dotyczy pkt 4 i 5 niniejszego oświadczenia).

Warszawa, dnia 2011 roku

.....
podpis osoby składającej oświadczenia

¹ wykreślić w przypadku wypełnienia samodzielnie przez pełnoletniego zawodnika.

² niepotrzebne skreślić