



SPORT MEDICA S.A.
ul. Pory 78
02-757 Warszawa

Oświadczenie o udzieleniu informacji i udostępnieniu dokumentacji medycznej ubezpieczycielowi

Ja, PESEL/numer i seria paszportu..... upoważniam firmę ubezpieczeniową i jego przedstawicieli do otrzymywania dokumentacji medycznej i informacji o udzielanych mnie / mojemu dziecku świadczeniach zdrowotnych przez „Sport Medica” S.A. w przedsiębiorstwach podmiotu leczniczego Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Carolina Medical Center Przychodnia Specjalistyczna i Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Carolina Medical Center Szpital. Dokumentacja medyczna i informacje mogą być przekazane w szczególności drogą elektroniczną, faksem, telefonicznie lub listownie.

Medical Release Form for insurance company

I,, Passport Number hereby authorize the insurance company and their representatives to receive the medical records and information about treatment rendered to me or my child by Sport Medica S.A. in the medical enterprises under the name Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Carolina Medical Center Przychodnia Specjalistyczna and Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Carolina Medical Center Szpital. The medical records and information may be transferred in particular by e-mail, fax, phone or letter.

Data / Date.....

Podpis / Signature.....