

Warszawa, dnia

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 Carolina Szpital i
Optimum Szpital. Dokumentacja medyczna i informacje mogą być przekazane w
szczegółowości drogą elektroniczną, faksem lub listownie.

.....
data i czytelny podpis
pacjenta

.....
data i czytelny podpis osoby
przyjmującej oświadczenie

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 Carolina Szpital and Optimum
Szpital. The medical records and information may be transferred in particular by e-mail, fax
or letter.

.....
date and legible signature of the
patient

.....
date and legible signature of the
person receiving the declaration