

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 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 lub
listownie.

.....
data i czytelny podpis
pacjenta

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

Warsaw, date

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 or letter.

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

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