

.....
(miejsowość, data)

Powiatowy Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim
z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim

Oświadczenie osoby bliskiej pacjenta

Ja niżej podpisany(na) legitymujący(ca)

(imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia osoby bliskiej)

się dowodem osobistym seria/numer zamieszkały(ła)

.....
(ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

oświadczam, iż jestem *osobą bliską* w rozumieniu przepisu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017, poz. 1318 z późn. zm.) dla zmarłego pacjenta

(imię i nazwisko pacjenta, PESEL lub data urodzenia pacjenta)

.....
którego dotyczy składany przeze mnie *Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej*.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, zgodnie z przepisem art. 233 par. 1 Kodeksu karnego, oświadczam, iż dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

.....
(podpis osoby bliskiej składającej oświadczenie)