

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIADÁSÁHOZ

Alulírott

Név:.....

Anyja neve:.....

Lakcíme:.....

Születési helye és ideje:.....

ezúton végleges és visszavonhatatlan

hozzájárulásomat

adom ahhoz, hogy az Ormánság Egészségéért non-profit Kft. az egészségügyi ellátással kapcsolatos dokumentumok másolatát

Név:.....

Anyja neve:.....

Lakcíme:.....

Születési helye és ideje:.....

részére átadja.

A kért dokumentumok megnevezése:

Ismert előttem, és tudomásul veszem, hogy a másolatok kiadásának feltétele az Intézmény Térítési Díj Szabályzata szerint 1.000.- Ft + A/4 nagyságú oldalanként 16.- Ft.

Kezelőorvosomat és az Intézet egyéb dolgozóit a dokumentumok másolati példányának átadása körében a fent megnevezettel szemben az orvosi titoktartási kötelezettség alól felmentem.

Sellye, 2020.....

Kérelmező neve:

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú 1

Név:.....

Lakcím:.....

Aláírás:.....

Tanú 2

Név:.....

Lakcím:.....

Aláírás:.....