

szpitala wchłoniętych w szpitalu w Rabce-Zdroju
im. dr. Adama Szembisty w Rabce-Zdroju sp. z o.o.
ul. Dietla 5, 34-700 Rabka-Zdrój
tel. 18 26 76 300, fax 18 26 77 469
REGON 000297951, NIP 7352856672
Ks. rej. I cz. 000000006283, V cz. 01,02,03

OŚWIADCZENIE

.....
imię i nazwisko dziecka, pesel

Osoby, którym można udzielić informacji o stanie zdrowia dziecka, wglądu do dokumentacji medycznej oraz udostępnienie dokumentacji medycznej:

1.....
imię, nazwisko, pesel nr dowodu osobistego

2.....
imię, nazwisko, pesel nr dowodu osobistego

.....
data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego