



OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Dane Wnioskodawcy	
Nazwisko:	
Imię:	
Dane Pacjenta	
Nazwisko:	
Imię:	PESEL:
Potwierdzam złożenie dyspozycji na przesłanie cyfrowej formy udostępnionej dokumentacji medycznej na adres elektroniczny wskazany we wniosku oraz w niniejszym oświadczeniu.	
Adres elektroniczny	
Telefon kontaktowy	

Zobowiązuję się do poinformowania, poprzez przesłanie na adres e-mail uddm@ipczd.pl aktualnego „Oświadczenia Wnioskodawcy”, Sekcji Udostępniania Dokumentacji Medycznej IPCZD o zmianie elektronicznego adresu wskazanego we wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej, jeśli miałyby to miejsce przed otrzymaniem cyfrowego zapisu udostępnionej dokumentacji medycznej, o który wystąpiłem/wystąpiłam do IPCZD.

.....
data

.....
własnoręczny podpis Wnioskodawcy