

Łódź, dnia

.....
imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....
adres

.....
nr PESEL

OŚWIADCZENIE – PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Oświadczam, że wyrażam zgodę Stowarzyszeniu „Łódzkie Hospicjum dla Dzieci – Łupkowa” z siedzibą w Łodzi na przechowywanie w dokumentacji medycznej kserokopii mojej legitymacji emeryta/rencisty oraz kserokopii dowodu osobistego.

.....
podpis osoby składającej oświadczenie