

**Oświadczenie osoby upoważnionej przez pacjenta do kontaktu z Sancor Sp. z o.o.**

**Dotyczy Pacjenta:**

**Imię i nazwisko**: .................................................................................................................................

**PESEL**: ...................................

**Dane osoby upoważnionej**: Pani/Pan ...................................................................................................

**tel.:** ........................................................, **adres:** ...............................................................................

.........................................................................................................................................................

Ja niżej podpisany (-a) wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny lub listowny ze strony Sancor Sp. z o. o.
w sprawach dotyczących mojego bliskiego.

 ..........................................................................

 **data i podpis osoby upoważnionej**



 **Oświadczenie osoby upoważnionej przez pacjenta do kontaktu z Sancor Sp. z o.o.**

**Dotyczy Pacjenta:**

**Imię i nazwisko**: .................................................................................................................................

**PESEL**: ...................................

**Dane osoby upoważnionej**: Pani/Pan ...................................................................................................

**tel.:** ........................................................, **adres:** ...............................................................................

.........................................................................................................................................................

Ja niżej podpisany (-a) wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny lub listowny ze strony Sancor Sp. z o. o.
w sprawach dotyczących mojego bliskiego.

 ..........................................................................

 **data i podpis osoby upoważnionej**