

OŚWIADCZENIE nr :

Ja niżej podpisana/y _____
(imię i nazwisko opiekuna prawnego)

numer PESEL _____

jako prawny opiekun _____
(imię i nazwisko zawodnika)

numer PESEL _____

niniejszym oświadczam iż:

1. Zapoznałam/łem się z uprawnieniami wynikającymi z art. 26 ust.1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2012, poz. 159) i oświadczam, że **upoważniam**

a) _____
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

b) **LEKARZA POLSKIEGO ZWIĄZKU CURLINGU**

(imię i nazwisko lekarza)

do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego podopiecznego.

2. Niniejszym **upoważniam PRZEDSTAWICIELA POLSKIEGO ZWIĄZKU CURLINGU**

a) **Andrzej Janowski**

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

b) _____

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

c) _____

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

do uzyskania informacji o stanie zdrowia mojego podopiecznego i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

3. Zostałam/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia w każdym czasie udzielonego upoważnienia (dotyczy pkt. 1 i 2 niniejszego oświadczenia).

(miejsowość, data)

(podpis osoby składającej oświadczenie)