



Oświadczenie o zwolnieniu z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej

Imię i nazwisko poszkodowanej/go :

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

Ja niżej podpisana/y , niniejszym oświadczeniem zwalnię z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej wszystkie jednostki medyczne i placówki opieki zdrowotnej w związku z obrażeniami ciała doznanymi przeze mnie na skutek wypadku komunikacyjnego z dnia r.

Wyrażam zgodę na udzielenie wszelkich informacji dotyczących obrażeń powypadkowych oraz wydanie dokumentacji medycznej w tym również sporządzenia jej kopii bądź kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem, umocowanej przeze mnie firmie Mentor Group sp. z o. o. z siedzibą w Rzeszowie, ul. Bernardyńska 11 jak, również zakładowi ubezpieczeń zobowiązanemu do wypłaty należnych mi świadczeń

..... dnia

podpisy

.....