

## O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny Mazowieckiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Płocku.

Ponadto oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielanie informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych Panu/Pani

.....

.....

(imię i nazwisko, adres, numer telefonu kontaktowego)

....., dn. ....

(miejscowość)

.....

(czytelny podpis)