

OŚWIADCZENIE O ADRESIE E-MAIL

Poznań, dn.

.....
Imię i nazwisko pacjenta składającego oświadczenie

.....
PESEL

Ja niżej podpisana/podpisany, oświadczam, że adresem do kontaktu elektronicznego jest wskazany przeze mnie poniżej adres e-mailowy:

.....
adres mailowy (**WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**)

.....
podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego