

Warszawa, dnia.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam że ja, niżej podpisany, zostałem poinformowany o konieczności dostarczenia:

1. Kserokopii całości dokumentacji medycznej przebytych schorzeń (urazów, chorób przewlekłych, zabiegów, kontuzji, kart informacyjnych z leczenia szpitalnego itp.) za cały okres leczenia.
2. Kserokopii dokumentacji medycznej z ostatnich pięciu lat z Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ – przychodnia rodzinna)

.....
data, czytelny podpis

Orzekanego/pełnomocnika/przedstawiciela
Orzekanego