

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....

ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

JA, LEG. DOW. OSOB.
/imię i nazwisko/

WYRAŻAM ZGODĘ NA UZYSKANIE PRZEZ TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ INTER POLSKA S.A.

MOJEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Z PLACÓWEK SŁUŻBY ZDROWIA, PRYWATNYCH

GABINETÓW LEKARSKICH, PRZYCHODNI ITP., DLA POTRZEB PROCESU LIKWIDACJI SZKODY

NR.....
/nadany przez TU INTER Polska nr szkody/

.....
(DATA I PODPIS)