

**KARTA REJESTRACYJNA**

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Imię: \_\_\_\_\_

Płeć:  Męska  ŻeńskaData urodzenia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
DZIEŃ MIESIĄC ROK

Narodowość: \_\_\_\_\_

Rezydent w Polsce  Turysta 

Paszport: \_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_

**DANE OPIEKUNA PRAWNEGO (w przypadku nieletnich):**

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Imię: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Narodowość: \_\_\_\_\_ DZIEŃ MIESIĄC ROK

Paszport: \_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania w Polsce:  
\_\_\_\_\_

Telefon: +48 \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na otrzymywanie wyników badań laboratoryjnych moich/mojego dziecka oraz informacji o moim/mojego dziecka stanie zdrowia, przez przychodnię HEALTHCARE INTERNATIONAL D. M. OSSOWSCY, ul. Chorągwi Pancerniej 50, 02-951, na adres e-mail wskazany powyżej.

PODPIS: \_\_\_\_\_

**W RAZIE NAGŁEGO WYPADKU:**

Upoważniam niżej wymienioną osobę, do otrzymania informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, udzielonych świadczeń medycznych oraz odbioru dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ PODPIS: \_\_\_\_\_

UBEZPIECZENIE MEDYCZNE:

Nazwa: \_\_\_\_\_ Numer członkowski: \_\_\_\_\_