

**OŚWIADCZENIE****I. DANE IDENTYFIKACYJNE ŚWIADCZENIODAWCY POZ**

Nazwa	Centrum Medyczne im. Bitwy Warszawskiej 1920 r.		
Adres siedziby	ul. Konstytucji 3 Maja 17, 05-250 Radzymin		
REGON	010124527	NIP	1251019581

**II. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY**

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
PESEL	

**III. OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że aktywowałem/aktywowałam<sup>\*)</sup> Internetowe Konto Pacjenta:<sup>\*\*)</sup>

- 1) ~~w związku z potwierdzeniem profilu zaufanego przez świadczeniodawcę POZ, zgodnie z art. 20c ust. 2a ustawy z dnia 17 lutego 2005 o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 700, 730, 848 i 1590);~~
- 
- 2) w sposób inny, niż określony w pkt 1, w wyniku prowadzonej przez świadczeniodawcę POZ kampanii informacyjnej mającej na celu zakładanie profili zaufanych w inny dostępny sposób.
- 

<sup>\*)</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>\*\*)</sup> zaznaczyć właściwe

Radzymin, dn. ....

Miejscowość i data

.....

Podpis świadczeniobiorcy