

Nowy Sącz, dnia .....

**SCS PRIMADENT SP. Z O.O.**  
**UL. NAWOJOWSKA 29**  
**33-300 NOWY SĄCZ**

## OŚWIADCZENIE

Pacjent ....., PESEL .....

Adres: .....

Oświadczam, że wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....  
(CZYTELNY PODPIS PACJENTA)