

OŚWIADCZENIE

I. DANE IDENTYFIKACYJNE ŚWIADCZENIODAWCY POZ

Nazwa	MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O. O.		
Adres siedziby	UL. 9-GO MAJA 2, 32-590 LIBIĄŻ		
REGON	356344956	NIP	628-200-97-58

II. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
PESEL	

III. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że aktywowałem/aktywowałam^{*)} Internetowe Konto Pacjenta:^{**)}

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.

^{*)} niepotrzebne skreślić

^{**)} zaznaczyć właściwe

.....
Miejscowość i data