*Załącznik nr 3*

*do Zarządzenia nr 22/2021/DS*

*Prezesa Zarządu Szpitala Wojewódzkiego w Opolu*

*z dnia 01.06.2021r.*

**OŚWIADCZENIE OSOBY BLISKIEJ**

**po śmierci pacjenta**:…*…………………………………..………*, PESEL……..…………………….

imię i nazwisko

Ja, ……………………………………………..……., PESEL…………………………. niżej podpisany/podpisana\*

imię i nazwisko

oświadczam, że byłem/byłam\* osobą bliską pacjenta tj.: *małżonkiem/krewnym do drugiego stopnia lub powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej/ przedstawicielem ustawowym/ osobą pozostającą we wspólnym pożyciu/ osobą wskazaną przez pacjenta\*.*

Jednocześnie informuję, że nie mam wiedzy o ewentualnym sprzeciwie innych osób bliskich
w zakresie udostępnienia wnioskowanej przeze mnie dokumentacji pacjenta.

*\*Niepotrzebne skreślić*

 *………………………………….*

Czytelny podpis osoby bliskiej