

....., .....

*[miejsowość], [data]*

### **Oświadczenie**

Ja, niżej podpisana/-y, ..... *[imię i nazwisko]*,  
stosownie do art. 67zg ust. 5 pkt 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta  
i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545,1675 i 1692) niniejszym oświadczam,  
że korzystam z pełni praw publicznych.

.....

*[podpis]*