

.....
nazwisko i imię

.....
miejsowość, data

DEKLARACJA

Wyrażam zgodę na udostępnienie sądom danych kontaktowych prowadzonej praktyki lekarskiej (imię i nazwisko lekarza, adres praktyki, telefon kontaktowy) w celu podjęcia się opiniowania w postępowaniu sądowym.

.....
pieczętka i podpis