

Suwałki, dnia.....

Szpital Wojewódzki  
im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach  
16-400 Suwałki, ul. Szpitalna 60  
tel. sekret.:87) 5629421,

### OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a legitymujący się dokumentem tożsamości .....  
*nazwa dokumentu*

nr ..... data wydania: ..... , wydanym przez

....., zamieszkały/a: .....  
*adres*

OŚWIADCZAM , że w stosunku do pacjenta : .....  
*imię i nazwisko*

zamieszkałego/ej: ..... :  
*adres*

☐ pozostaje w związku małżeńskim z wyżej wymienionym/ ną i łączą nas ustawowe zasady wspólności majątkowej małżeńskiej , zgodnie z przepisami Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego <sup>\*)</sup>.

☐ jestem dzieckiem <sup>\*)</sup>

☐ jestem rodzicem <sup>\*)</sup>

☐ jestem osobą upoważnioną <sup>\*\*)</sup> przez wyżej wymienionego .....  
*imię i nazwisko pacjenta*

do odbioru rzeczy z magazynu rzeczy chorych <sup>\*)</sup> / do odbioru depozytu rzeczy wartościowych <sup>\*)</sup>

Oświadczam również, iż pełni rozumiem, że niniejsze oświadczenie składam pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego oraz pod rygorem odpowiedzialności odszkodowawczej za oświadczenie nieprawdy.

Z poważaniem

.....

<sup>\*)</sup> zaznacz właściwe

<sup>\*\*)</sup> upoważnienie wygasa z chwilą śmierci pacjenta