



**ZAKŁAD RADIOLOGII  
I DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ**

**ZOZ NR 2 W RZESZOWIE  
Ul. Fredry 9  
35-005 Rzeszów**

**OŚWIADCZENIE  
O NIEROZPOWSZECHNIANIU DANYCH  
INNEGO PACJENTA**

Ja niżej podpisany.....oświadczam, iż  
zobowiązuję się do zachowania tajemnicy w stosunku do  
otrzymanych przeze mnie (omyłkowo) danych Pacjenta i nie użycia  
ich w żaden sposób przeciwko Pacjentowi i Przychodni.

.....

(data i czytelny podpis Pacjenta)