

....., dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Kod pocztowy i miejscowość

**OŚWIADCZENIE O PRAWDZIWOŚCI
PRZEKAZYWANYCH DANYCH DOTYCZĄCYCH PACJENTA**

Niniejszym oświadczam, że

- 1) wszystkie informacje przekazane przeze mnie w pliku: wywiad żywieniowo-lekarski, są zgodne z prawdą oraz rzetelne, a także zgodne z moimi preferencjami żywieniowymi, w związku z czym nie będę rościć sobie żadnych pretensji z tego tytułu;
- 2) nie doszło do zatajenia przez mnie informacji o znanych mi chorobach, na które cierpię bądź mogę cierpieć, a także że poinformowałem/am o przyjmowanych przeze mnie lekach stałych i doraźnych oraz suplementach diety.

.....
Podpis Pacjenta