

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
Pesel

.....
telefon kontaktowy

Z G O D A P A C J E N T A

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez:

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy dla Dorosłych o profilu ogólnym w Mrozowie.

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

.....
Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez
pacjenta do kontaktu z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicy

.....
.....
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach
informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

.....
podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna

UWAGI: