

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy/Opiekuńczo –
Leczniczy w Makowie Podhalańskim ul. Mickiewicza 7.

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ

W

Imię i nazwisko, adres zamieszkania, telefon osoby wskazanej przez chorego do kontaktu

.....

.....

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

.....
Podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna