

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
Pesel

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez:

**Centrum pw. Św. Jadwigi Śląskiej prowadzące z
Zakład Opiekuńczo – Lecznicy dla Dorosłych w Trzebnicy**

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ .

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 prawnego opiekuna

UWAGI: