

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(adres zamieszkania)

PESEL

.....
(numer telefonu kontaktowego)

.....
(miejsowość i data)

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką
przez Zakład Opiekuńczo – Leczniczy/Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy w Gryfowie Śląskim

.....
(nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej)

.....

.....

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ

.....

Osoba wskazana przez pacjenta do kontaktu z zakładem.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu)

.....

.....

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

.....

(podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna)