

Strzelin, dn.

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy / Zakład Opiekuńczo-Leczniczy przy NZOZ – Strzelińskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. przy ul. Wrocławskiej 46, 57-100 Strzelin.

(nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej)

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ we Wrocławiu.

Imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu osoby wskazanej przez chorego do kontaktu z pielęgniarką:

.....
.....

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

.....
podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna