



.....
(Miejscowość i data)

Nazwisko i imię pacjenta/ki.....

PESEL:

Adres zameldowania

.....

Telefon kontaktowy:

ZGODA PACJENTA/KI DO OBJĘCIA OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką długoterminową przez NZOZ-Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Pomocna Dłoń” w Zabrze ul. Janika 18.

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

.....

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

Zakładem.:

.....

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

.....
(podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)