

.....  
(Miejscowość i data)

Nazwisko i imię pacjenta/ki .....

PESEL: .....

Adres zameldowania .....

Telefon kontaktowy: .....

### ZGODA PACJENTA/KI NA OBJĘCIE OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką długoterminową przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Zabrze ul. Zamkowa 4.

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w .....

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

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(nr telefonu)

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

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