

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
Pesel

.....
telefon kontaktowy

Z G O D A P A C J E N T A

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez pielęgniarską opiekę długoterminową

NZOZ SilesiaMED mgr Mariola Działas Mysłowice, ul. Gen. Ziętka 74c

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w Katowicach

Osoba wskazana przez pacjenta do kontaktu:

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

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

.....
podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna