



SilesiaMED

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
nr PESEL pacjenta

.....
adres zamieszkania pacjenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę NZOZ SilesiaMED z siedzibą w Mysłowicach na przechowywanie kserokopii mojej legitymacji ubezpieczeniowej w dokumentacji medycznej.

.....
Podpis pacjenta/opiekuna