

.....
miejscowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
Pesel

.....
telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie pielęgniarstwą opieką długoterminową przez
NZOZ „SOLIMED” ul. Wojska Polskiego 50A 26-700 Zwolen

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez pacjenta
do kontaktu .

.....
.....

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

.....
podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna