

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko chorego

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez Zakład Opiekuńczo - Lecznicy, w Centrum Rehabilitacji TUKAN Mariola Pawlak w Nowym Sączu, ul. Bolesława Prusa 127 G, oraz na wykonywanie niezbędnych do leczenia procedur medycznych.

.....
imię i nazwisko pacjenta lub opiekuna prawnego/faktycznego

.....
adres zamieszkania

PESEL.....

moim lekarzem rodzinnym jest:

.....
imię i nazwisko lekarza

.....
adres gabinetu lekarza

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w:

Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr tel.) wskazana przez pacjenta do kontaktu z Zakładem Opiekuńczo - Lecznicy:.....

Wyrażam zgodę na warunki odpłatności za pobyt oraz na gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

.....
podpis pacjenta lub opiekuna prawnego/faktycznego