

.....
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 Łabowej, 33-336 Łabowa 284 oraz na wykonanie 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 gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

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