

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA DO OBJĘCIA OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką długoterminową przez.....

.....
.....
(nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej)

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

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

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

.....
.Podpis pacjenta lub prawnego opiekuna