



ZAKON POSŁUGUJĄCYCH CHORYM  
OJCOWIE KAMILIANIE  
- PODMIOT LECZNICZY -

.....  
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