

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie programem **Domowej opieki nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie** przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medyk z siedzibą w Poznaniu przy ulicy Świt 47/49.

Jestem ubezpieczona/ny w Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.
Seria i numer legitymacji ubezpieczeniowej:

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

.....

.....

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

.....
podpis pacjenta lub opiekuna