

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
pesel

.....
telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez pielęgniarkę opieki długoterminowej

„Pallacum” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. z o.o.
62-030 Luboń, ul. Cieszkowskiego 2 lok. 1B

tel. 61.813.12.11

PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

REGON 639631094, NIP 7772390826

nr rej. 0000000 16489 (VII-006, VIII-2142)

nr umowy 150001868/14/1/0078/0/17/22

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

Imię i nazwisko, adres zamieszkania, telefon osoby wskazanej przez chorego do kontaktu z pielęgniarką

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

.....
podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna