

.....
Imię, nazwisko

.....
miejscowość, data

.....
PESEL

.....
adres zamieszkania

.....

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez Zakład Opiekuńczo – Leczniczy dla Przewlekłe Chorych Zgromadzenia Służebnic Najświętszego Serca Jezusa, ul. Piekarska 59, 41-902 Bytom, www.zolsercanki.bytom.pl, biuro@zolbytom.pl, oraz na potrącanie z emerytury kosztów związanych z pobytem w zakładzie.

Jestem ubezpieczona/y w Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia

W

Osoba (imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu, adres e-mail) wskazana przez pacjenta do kontaktu z Zakładem Opiekuńczo – Leczniczym dla Przewlekłe Chorych Zgromadzenia Służebnic Najświętszego Serca Jezusa, ul. Piekarska 59, 41-901 Bytom, www.zolsercanki.bytom.pl, biuro@zolbytom.pl:

.....

.....

.....

.....
podpis osoby kierowanej do zakładu lub jej przedstawiciela ustawowego