

Z G O D A P A C J E N T A

.....
miejsowość i data

.....
Nazwisko i imię

.....
PESEL

.....
adres zamieszkania pacjenta

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez hospicjum domowe, hospicjum stacjonarne*

Hospicjum „Santa Galla” Łabuńki Pierwsze 1 22-437 Łabunie

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

Osoba wskazana przez pacjenta do kontaktu z hospicjum

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu)

.....
telefon kontaktowy

.....
podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna

* - niepotrzebne skreślić