

.....

Olsztyn, dn.

Nr Księgi Głównej

.....
miejscowość i data

.....

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL

.....

Telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie opieką pielęgniarską opieką długoterminową przez Caritas Archidiecezji Warmińskiej, ul. Grunwaldzka 45, 10-125 Olsztyn (*Hospicjum Domowe Caritas w Olsztynie, ul. Kościuszki 86, 10-555 Olsztyn*)

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

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

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Caritas Archidiecezji Warmińskiej, ul. Grunwaldzka 45, 10-125 Olsztyn w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

.....

podpis pacjenta lub opiekuna