

Załącznik nr 5 do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Nowy Szpital we Wschowie Sp. z o. o.
ul. Ks. Andrzeja Kostki 33 67-400 Wschowa
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY/PWM

Wschowa, dnia.....

Dane Pacjenta

.....
.....
.....

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych w Zakładzie Opiekuńczo –Lecznicznym/ Zakładzie Opiekuńczo –Lecznicznym PWM Nowy Szpital we Wschowie Sp. z o. o.

.....

(podpis pacjenta)