



Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą sp. z o.o.
ul Narutowicza 6, 66-470 Kostrzyn nad Odrą
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

Dane pacjenta

Kostrzyn nad Odrą, dnia.....

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

Wyrażam zgodę na ponoszenie opłat w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą sp z o.o.

.....
(podpis pacjenta)