

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
BOG-med
36-047 Niechobrz 1008
Tel. 603 384 837, e-mail: bog.med@wp.pl
NIP:6851884597, Regon: 370452675

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA NA OBJĘCIE PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ

Wyrażam zgodę na objęcie mnie pielęgniarską opieką długoterminową domową przez:

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej BOG-med
36-047 Niechobrz 1008**

(nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej)

Jestem ubezpieczony w Podkarpackim Oddziale NFZ w Rzeszowie (09R).

Osoba wskazana przez pacjenta do kontaktu z Zakładem:

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

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

.....
Podpis pacjenta lub prawnego opiekuna