

.....
miejsowość, data

**ZGODA PACJENTA NA PRZYJĘCIE
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO MCM SP. Z O.O. W TARNOWIE**

Wyrażam zgodę na przyjęcie Pani/Pana
do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Mościckiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.
w Tarnowie ul. Kwiatkowskiego 15.

.....
podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana (y) wyrażam zgodę na ponoszenie płatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
*podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie
do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego*

Wyrażam / nie wyrażam zgodę, na gromadzenie i przechowywanie moich danych osobowych
dotyczących pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym

.....
*podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie
do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego*

Dane opiekuna faktycznego lub osoby wskazanej do kontaktu z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu)

.....
.....

Informacja o lekarzu podstawowej opieki zdrowotnej

Nazwa przychodni POZ z dokładnym adresem

.....

Imię i nazwisko lekarza pierwszego kontaktu

Informacja o pielęgniarce środowiskowo-rodzinnej

Nazwa placówki medycznej z dokładnym adresem

.....

Imię i nazwisko pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej

.....