



.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL

ZGODA NA OBJĘCIE OPIEKĄ DUSZPASTRSKĄ

(wyznania katolickiego)

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na objęcie mnie opieką duszpasterską w:

Mościckim Centrum Medycznym sp. z o.o., ul. E. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na przyjęcie Sakramentu Namaszczenia Chorych.

.....
podpis pacjenta/ prawnego opiekuna/ kuratora/osoba upoważniona

Klasyfikacja: PUBLICZNE. Po uzupełnieniu danych dokument staje się informacją klasy SZCZEGÓLNIE CHRONIONE, zgodnie z procedurą klasyfikacji informacji MCM.

MCM/ONR/415.1/2026