



.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA NA OBJĘCIE OPIEKĄ PALIATYWNO-HOSPICYJNĄ

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez hospicjum domowe:

**„MED-DOM” Sp. z o.o.
38-114 Niebylec 224**

(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