



.....  
Miejscowość i data

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
Telefon kontaktowy

## **ZGODA PACJENTA NA OBJĘCIE PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

Wyrażam zgodę na objęcie mnie pielęgniarską opieką długoterminową domową przez:

**„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