

CertusVia Spółka z o.o.
„Opieka Długoterminowa i Rehabilitacja”
ul. Boenigka 9, 10-686 Olsztyn

.....
miejsce i data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
PESEL

.....
Nazwisko i imię pacjenta

.....
Adres zamieszkania

.....
Seria i numer dowodu osobistego pacjenta

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką stacjonarną przez
CertusVia Sp. z o.o. „Opieka Długoterminowa i Rehabilitacja” w Olsztynie.

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z warunkami pobytu w CertusVia Sp. z o.o.

Imię i nazwisko, adres zamieszkania, telefon osoby wskazanej przez pacjenta do kontaktu:

.....
.....

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

.....
Podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna

.....
miejsce i data