

.....  
/miejscowość i data/

.....  
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

.....  
.....  
.....  
ADRES ZAMIESZKANIA

.....  
PESEL

.....  
TELEFON KONTAKTOWY

## ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Makowie Podhalańskim, al. Kasztanowa 17.

Jestem ubezpieczony w ..... Oddziale NFZ w .....

Imię i nazwisko / adres zamieszkania / telefon kontaktowy osoby uprawnionej przez pacjenta do kontaktu:.....  
.....  
.....

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

.....  
/podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna/

.....  
/miejscowość i data/

.....  
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

.....  
.....  
.....  
ADRES ZAMIESZKANIA

.....  
PESEL

.....  
TELEFON KONTAKTOWY

## ZGODA PACJENTA

*W związku z moim pobytem w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Makowie Podhalańskim, al. Kasztanowa 17, wyrażam zgodę na potrącanie przez zakład emerytalno-rentowy 70% mojego dochodu.*

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. (Dz. U. nr 166 poz. 1265)

Imię i nazwisko / adres zamieszkania / telefon kontaktowy osoby uprawnionej przez pacjenta do kontaktu:.....  
.....  
.....

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

.....  
/podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna/