



.....  
Miejscowość i data

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Numer pesel pacjenta

.....

Adres zamieszkania pacjenta

.....

Telefon kontaktowy pacjenta lub opiekuna

.....

## ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez pielęgniarkę opieki długoterminowej CertaMed

Wzór podpisu pacjenta/opiekuna

.....

Podpis pacjenta/opiekuna

.....