



.....

(Miejscowość, data)

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy (pacjenta lub opiekuna):

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez pielęgniarkę opieki długoterminowej
Centrum Medycznego APOmed

.....

(pieczęć oddziału)

.....

(wzór podpisu pacjenta/opiekuna)

.....

(podpis pacjenta/opiekuna)