

.....  
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 BetaMed S.A.

.....  
Wzór podpisu pacjenta/opiekuna

.....  
Podpis pacjenta/opiekuna