

.....
miejsowość , data

.....
/ imię i nazwisko pacjenta / opiekuna prawnego /

.....
/adres/

.....
/nr PESEL /

Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę BetaMed S.A. z siedzibą w Katowicach na przechowywanie kserokopii mojej legitymacji emeryta/rencisty, dowodu osobistego oraz zaświadczenia o dochodach w dokumentacji medycznej.

.....
/podpis pacjenta / opiekuna prawnego/