
Miejscowość , data

Imię , nazwisko pacjenta / opiekuna prawnego

Adres

PESEL

OŚWIADCZENIE

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

podpis pacjenta / opiekuna prawnego
opiekuna faktycznego