

.....
miejsowość , data

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

.....
/adres/

.....
/nr PESEL /

Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przechowywanie kserokopii mojej legitymacji emeryta/rencisty przez Centrum Medyczne BetaMed S.A. z siedzibą w Katowicach.

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