

.....
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 , karty NFZ, oraz zaświadczenia o dochodach * w dokumentacji medycznej

.....
podpis pacjenta / opiekuna prawnego