……..
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