

---

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 oraz zaświadczenia o dochodach \*  
w dokumentacji medycznej

---

podpis pacjenta / opiekuna prawnego  
opiekuna faktycznego