

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Centrum Medyczne „Kaszuby” Sp. z o.o.
83-300 Kartuzy, ul. Dworcowa 2

Kartuzy, dn.

Oświadczenie

Pacjent: PESEL:

Adres:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” Sp. z o.o. we wszystkich poradniach / we wskazanych poradniach:*

.....

.....

Podpis

*niepotrzebne skreślić