Głogów,dn……………………………

…………………………………….……

Imię i nazwisko Pacjenta / Pacjentki

………………………………….

Adres zamieszkania

…………………………………

Pesel

…………………………………

Telefon kontaktowy

**ZGODA PACJENTA / PACJENTKI**

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez **Głogowski Szpital Powiatowy sp. z o.o. z siedzibą   
w Głogowie, ul. Kościuszki 15, Hospicjum Stacjonarne, 67-200 Głogów, ul. Paulinów 2**

Jestem ubezpieczony / ubezpieczona w Oddziale NFZ w ………………………………………………….

Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez Pacjenta / Pacjentkę   
do kontaktu z hospicjum / oddziałem medycyny paliatywnej.

…………………………………………………………………………………………………………………...

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

..................…………………………………….…......

Podpis Pacjenta / Pacjentki lub faktycznego opiekuna