

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Miejscowość i data

.....
.....
Adres



OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż poza świadczeniami pielęgniarki opieki długoterminowej domowej ZOM SALUS-MED nie są wykonywane u mnie świadczenia ze strony innej pielęgniarki opieki długoterminowej domowej w ramach umowy z NFZ.

.....
Podpis pacjenta/Opiekuna