



.....  
miejscowość i data

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

.....  
telefon kontaktowy pacjenta lub opiekuna

### ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez pielęgniarkę opieki długoterminowej Zakładu Opieki Medycznej SALUS-MED mgr Jolanta Rusek Bodora.

.....  
Wzór podpisu pacjenta/opiekuna

.....  
Podpis pacjenta/opiekuna