



.....
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