



Zakład Opieki Medycznej SALUS-MED
Jolanta Rusek-Bodora
45-359 Opole, ul. Plebiscytowa 3/14 Opole
NIP 754-145-03-27, REGON 160243394

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy pacjenta lub opiekuna

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką długoterminową domową przez pielęgniarkę opieki długoterminowej ZOM SALUS-MED Jolanta Rusek-Bodora.

.....
Wzór podpisu pacjenta/opiekuna

.....
Podpis pacjenta/opiekuna