

DEKLARACJA WYBORU ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO

(dane opiekuna)

Ja, niżej podpisany(a).....

Stopień pokrewieństwa.....

Dokładny adres.....

.....

Seria i numer dowodu osobistegoPESEL.....

Telefony kontaktowe

.....

***wyrażam zgodę na pobyt (imię nazwisko pacjenta)**

.....

.

L.p.	Nazwa placówki	Adres placówki	Telefon
1.	Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Szpitala św. Anny Mazowieckie Centrum Rehabilitacji „Stocer” Sp. z o.o.	Ul. Barska 16/20, 02-315 Warszawa	22 822 46 31
2.			
3.			
4.			

*właściwe wpisać

Wyrażam zgodę (nie wyrażam) na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis