

„Szpital Powiatowy we Wrześni” Spółka z o.o.

ul. Słowackiego 2

62-300 Września

ZAKŁAD OPIEKUŃCZO – LECZNICZY

Września, dnia

Dane Pacjenta

.....
.....
.....
.....

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym „Szpitala Powiatowego we Wrześni” Spółka z o.o.

.....

Podpis pacjenta