

OŚWIADCZENIE

Dane osoby składającej oświadczenie:

Imię i nazwisko:

Numer pesel:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

Seria i numer dowodu osobistego:

Niniejszym oświadczam, że w stosunku do małoletniego pacjenta:

Imię i nazwisko dziecka:

Numer pesel dziecka:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania dziecka:

jestem opiekunem faktycznym w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

.....
miejsowość i data

.....
podpis opiekuna faktycznego

*Opiekunem faktycznym jest osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Promed Sp. z o.o.

ul. L. Różyckiego 6
58-506 Jelenia Góra

NIP: 611-23-69-825
REGON: 230914124

KRS: 000012728
Kapitał zakładowy: 50 000 PLN

Spółka jest podmiotem leczniczym prowadzącym przedsiębiorstwo lecznicze Zakład Medyczny wpisane do Rejestru Wojewody Dolnośląskiego pod nr 000000001691

tel. +48 75 64 17 100 | www.e-promed.pl