…….., dnia.....

……
Imię i nazwisko Pacjenta

……
PESEL

……
Adres

OŚWIADCZENIE

Ze względu na możliwości organizacyjne placówki medycznej oraz na podstawie Art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. 2016.186 ze zm.), wyrażam zgodę na udzielanie mi świadczeń zdrowotnych w ……

…….. w obecności innych pacjentów.
(nazwa poradni/pracowni/oddziału/ zakładu)

……
Podpis Pacjenta

…….., dnia.....

……
Imię i nazwisko Pacjenta

……
PESEL

……
Adres

OŚWIADCZENIE

Ze względu na możliwości organizacyjne placówki medycznej oraz na podstawie Art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. 2016.186 ze zm.), wyrażam zgodę na udzielanie mi świadczeń zdrowotnych w ……

…….. w obecności innych pacjentów.
(nazwa poradni/pracowni/oddziału/ zakładu)

……
Podpis Pacjenta