

*) Niepotrzebne skreślić.

Oświadczanie świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego
„Wyrazam / nie wyrazam zgody na przetwarzanie danych osobowych dotyczących skierowania
do zakładu opiekuńczo-leczniczego / pielęgnacyjno-opiekuńczego”. *

Miejscowość, data, podpis oraz pieczęć lekarza
Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu
opiekuńczo-leczniczego /zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

Miejscowość, data, podpis oraz pieczęć pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego