Imię i nazwisko pacjenta ...........................................

 PESEL ......................................................................

Oświadczenie

Zgadzam się na umieszczenie mojego imienia, nazwiska i numeru PESEL na opasce identyfikacyjnej podczas udzielania świadczenia medycznego w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Suwałkach

Data …………. Podpis……..............................