



**ST.VINCENT**  
MEDICAL CENTER

.....  
miejsowość i data

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
Telefon kontaktowy

### ZGODA PACJENTA

**Wyrażam zgodę** na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Hospicjum Domowego j przez :**ST. VINCENT MEDICAL CENTER Sp.z o.o. 00-180 WARSZAWA, UL. MIŁA 6 LOK. B**

**Upoważniam( imię i nazwisko, telefon) :**

- .....  
.....
- a) do kontaktu ST. VINCENT MEDICAL CENTER Sp.z o.o.
  - b) do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych,
  - c) do otrzymania dokumentacji medycznej.

.....  
podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta