

Wołomin, dn.....

Imię i Nazwisko.....

Adres.....

PESEL.....

ZGODA NA LECZENIE

Wyrażam zgodę na diagnozę, leczenie oraz terapię w Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień SPZOZ w Wołominie (05-200 Wołomin, ul. Powstańców 12)

.....

(Podpis pacjenta)

Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam zgody na otrzymywanie smsów przypominających o terminie wizyty w Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień SPZOZ w Wołominie na nr tel.....

.....
.....

(Podpis pacjenta)