Załącznik nr 7

..... dnia ..... r.

oznaczenie świadczeniodawcy

OŚWIADCZENIE PACJENTA

(dotyczy: świadczenia opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego „Standardu szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy")

Ja niżej podpisana:

- Dane świadczeniobiorcy:

Imię i nazwisko …….

Numer PESEL (jeśli został nadany): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Rodzaj, numer i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

……..……...

po uzyskaniu informacji o świadczeniu opieki zdrowotnej w ramach *programu pilotażowego „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy"* oraz możliwości i sposobu składania uwag, wyrażam zgodę na udział w programie pilotażowym.

…….
Podpis składającego oświadczenie

Dane dotyczące liczby dni pobytu:

Data pobytu – od …..……..... do ……
(dd/mm/rrrr) (dd/mm/rrrr)

Ilość osobodni ……..……..

……..…….
Podpis pracownika świadczeniodawcy