

Świadczeniodawca



ANTROPOMETRIA

OPIEKA  
FARMACEUTYCZNA

**Zgoda pacjenta**  
**na udzielenie świadczenia zdrowotnego**  
na podstawie art. 16 ustawy z dnia z dnia 6 listopada 2008 r.  
o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Niniejszym działając we własnym imieniu wyrażam zgodę na udzielenie na moją rzecz świadczenia: \_\_\_\_\_

Jednocześnie oświadczam, że przekazano mi informacje o zasadach udzielania powyższego świadczenia oraz o jego celu, istocie, treści, charakterze i skutkach. Przekazane mi informacje w całości przyjmuję, rozumiem oraz akceptuję.

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_

PESEL pacjenta: \_\_\_\_\_

Miejscowość, data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis pacjenta