

## Załącznik nr VII

Świadczeniodawca



NADCIŚNIENIE TĘTNICZE  
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

Załączniki:

1) Klauzula informacyjna RODO (załącznik nr VIII)