

PRZYCHODNIA- BUKOWE REGINA OSIECKA

ul. Seledynowa 99; 70-781 Szczecin
tel /fax -091 4631 797
e-mail: biuro@przychodnia-bukowe.pl
NIP 955 142 79 34



Oświadczenie o zmianie danych osobowych

Dotychczasowe dane pacjenta:

Imię:

.....

Nazwisko.....

.....

PESEL

_____-_____-_____-_____-_____-_____-

Adres zamieszkania:

ul.....

kod..... miejscowość.....

tel.....

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że zmianie uległy moje dane osobowe zawarte w

deklaracji wyboru lekarza/pielęgniarki/położnej POZ

W związku z powyższym proszę o zmianę następujących danych:
(aktualne dane osobowe)

Imię

.....

Nazwisko:

.....

PESEL :

_____-_____-_____-_____-_____-_____-

Adres zamieszkania:

ul.....

kod..... miejscowość.....

tel.....

Jednocześnie potwierdzam prawidłowość danych zawartych w niniejszym

Oświadczeniu.

.....

Data i podpis pacjenta

.....

.....

Data i podpis osoby przyjmującej Oświadczenie Data i podpis osoby wprowadzającej dane do systemu