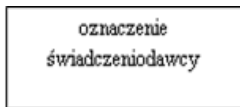


..... dnia ..... r.



## 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