



SOUHLAS S VYZVEDNUTÍM FOTODOKUMENTACE

Údaje pacienta

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého pobytu:

Údaje ZPLNOMOCNĚNÉ OSOBY

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého pobytu:

Já, níže podepsaný pacient, zplnomocňuji výše jmenovaného zástupce k vyzvednutí fotodokumentace na CD nosiči na RDG pracovišti Nemocnice následné péče Moravská Třebová, Svitavská 480/25, 571 01 Moravská Třebová.

V dne

podpis pacienta

Potvrzuji přijetí tohoto souhlasu a zakládám jej do příslušné dokumentace pacienta:

V dne

jméno a podpis pracovníka RDG pracoviště

✂-----



SOUHLAS S VYZVEDNUTÍM FOTODOKUMENTACE

Údaje pacienta

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého pobytu:

Údaje ZPLNOMOCNĚNÉ OSOBY

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého pobytu:

Já, níže podepsaný pacient, zplnomocňuji výše jmenovaného zástupce k vyzvednutí fotodokumentace na CD nosiči na RDG pracovišti Nemocnice následné péče Moravská Třebová, Svitavská 480/25, 571 01 Moravská Třebová.

V dne

podpis pacienta

Potvrzuji přijetí tohoto souhlasu a zakládám jej do příslušné dokumentace pacienta:

V dne

jméno a podpis pracovníka RDG pracoviště