….…………………… 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): I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I

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