

ANKIETA DLA PACJENTA

imię (imiona)	
nazwisko	
PESEL	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ * w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
data urodzenia	
adres zamieszkania	_ _ _ _ - _ _ _ _ _ pocztą: mięscowość / ul.
pleć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
numer telefonu	* na potrzeby bieżącego kontaktu, m.in. w celu przekazania informacji o możliwości odbioru badania oraz innych istotnych informacji

W przypadku zmiany powyższych danych zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania o tym Rezovita sp. z o. o.

czytelny podpis Pacjenta / Przedstawiciela ustawowego