



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5_PJ16_F19

OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE DANE OSOBOWE

Nazwisko i imię Pacjenta:

Imię matki:

Imię ojca:

PESEL Pacjenta:

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

Ulica:

Nr domu:

Kod pocztowy, miejscowość:

Oświadczam, że dane osobowe podane w oświadczeniu są prawdziwe

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

| | | |
|-------------|--|--|
| | | |
| <i>Data</i> | <i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i> | <i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i> |