Załącznik nr 3A

NOWY LEK
OPIEKA
FARMACEUTYCZNA

Formularz świadomej zgody pacjenta/ opiekuna faktycznego pacjenta* na udział w świadczeniu NOWY LEK

Ja .....

imię i nazwisko pacjenta, w przypadku opiekuna faktycznego pacjenta również jego imię i nazwisko

oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o zasadach udziału i możliwości rezygnacji w każdej chwili z udziału w świadczeniu NOWY LEK i wyrażam zgodę na udział.

.....

data, czytelny podpis pacjenta/ opiekuna faktycznego

**niepotrzebne skreślić*