

**KARTA DANYCH OSOBOWYCH I KONTAKTOWYCH PACJENTA**

.....  
Pacjent - imię i nazwisko

.....  
Adres

.....  
Miejsce i data urodzenia

.....  
PESEL

.....  
Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

.....  
Nazwa i adres przychodni, do której należy pacjent \*

.....  
Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej \*

.....  
Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej \*

.....  
Imię i nazwisko osoby do kontaktu

.....  
Adres oraz telefon lub email osoby do kontaktu

\* do których świadczeniobiorca złożył deklaracje wyboru