SPECIJALNA BOLNICA ZA ORTOPEDIJU I OPĆU KIRURGIJU
«DR. NEMEC»
MATULJI, Cesta dalmatinskih brigada 30/a

PRISTANAK ZA DAVANJE INFORMACIJA I OBAVIJESTI

U Matuljima, dana _____.

Ime i prezime pacijenta: _____

Datum i mjesto rođenja: _____

PRISTAJEM da radnici Specijalne bolnice «Dr. Nemec» mogu dati obavijesti u pogledu mog zdravstvenog stanja slijedećim osobama:

Ime i prezime: _____ telefon: _____
Adresa: _____ mobitel: _____

Ime i prezime: _____ telefon: _____
Adresa: _____ mobitel: _____

_____
potpis pacijenta

_____
potpis zakonskog zastupnika

PRISTANAK ZA POŠTIVANJE ZAKONODAVNIH OVLASTI

PRISTAJEM da se tijekom boravka u Specijalnoj bolnici «Dr. Nemec» poštuje Kućni red Specijalne bolnice, te sve norme, propisi i zakoni Ministarstva zdravstva RH, kao i svi ostali važeći zakoni Republike Hrvatske.
U slučaju eventualnih primjedbi, žalbi ili tužbi **PRISTAJEM** na poštivanje svih važećih zakona i odredbi Republike Hrvatske.

_____
potpis pacijenta

_____
potpis zakonskog zastupnika