



SZPITAL
POWIATOWY
W CHRZANOWIE

.....
miejscowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL

ZGODA NA OBJĘCIE OPIEKĄ DUSZPASTRSKĄ

(wyznania katolickiego)

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na objęcie mnie opieką duszpasterską w:

Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie, ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na przyjęcie Sakramentu Namaszczenia Chorych.

.....
podpis pacjenta/ prawnego opiekuna/ kuratora/osoba upoważniona