

OŚWIADCZENIE *(wypełnia pacjent)*

Ja
 legitymujący/a się Dowodem Osobistym seria Nr
 wydany przez
 urodzony/a w Pesel:

imiona rodziców
 nazwisko panieńskie
 zam.
 telefon kontaktowy: kom:

Jako osobę do kontaktu w sprawie mojego stanu zdrowia upoważniam:

Panią/a pokrewieństwo
 zam.
 telefon kontaktowy: kom:

wyrażam zgodę na:

- 1) pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy w Prabutach począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia
- 2) potrącanie opłaty za pobyt (*koszty wyżywienia i zakwaterowania*) w w/w Zakładzie przez właściwy organ emerytalno – rentowy ze świadczenia –(decyzja nr z dnia)
- 3) odbioru zasiłku stałego wyrównawczego, renty socjalnej itp. – (decyzja nr z dnia)
- 4) Oświadczam też, iż środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w ZOL nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich
- 5) Oświadczam, iż moim lekarzem rodzinnym jest Pan/i
 Przyjmujący/a w fax
 Pielęgniarką środowiskowo – rodzinną jest fax.....

 (nazwa i adres i telefon Przychodni/ Ośrodka Zdrowia)

.....
miejsowość, data

.....
podpis

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Przychodnię Lekarską „Jasień” Sp. z o.o. w celach związanych z pobytem w ZOL w Prabutach z zachowaniem wymogów wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami).

.....
miejsowość, data

.....
podpis pacjenta