

OŚWIADCZENIE *(wypełnia opiekun)*

Ja

legitymujący/a się Dowodem Osobistym seria Nr

wydanym przez

urodzony/a w Pesel: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

imiona rodziców

nazwisko panieńskie

zam.

telefon kontaktowy: kom:

jako przedstawiciel ustawowy, /opiekun prawny, faktyczny, kurator/

wyrażam zgodę na umieszczenie w ZOL w Prabutach poczynawszy od wyznaczonego dnia przyjęcia

pana/i

ur. w Pesel: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

imiona rodziców pacjenta/tki.....

nazwisko panieńskie

Dowód Osobisty seria Nr wydany przez

zam. oraz na:

- 1) potrącanie opłaty za pobyt (*koszty wyżywienia i zakwaterowania wg obowiązujących stawek*) w ZOL przez właściwy organ emerytalno-rentowy ze świadczenia–(decyzja ZUS / KRUS nr z dnia)
- 2) odbioru zasiłku stałego wyrównawczego, renty socjalnej itp. –(decyzja nr..... z dnia)
- przez w/w Zakład, tytułem pokrycia kosztów wyżywienia i zakwaterowania.
- 3) Oświadczam też, iż środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w ZOL nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich.
- 4) Oświadczam, iż lekarzem rodzinnym chorego 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 /opiekuna