

OŚWIADCZENIE

Ja legitymujący(a) się dowodem osobistym seria i nr.....PESEL wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicyzycznym ze świadczenia przyznanego przez odpowiedni organ oraz wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu w systemach informacyjnych SP ZOZ w Słupcy oraz płatnika. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

.....
data i podpis osoby kierowanej do Zakładu
Opiekuńczo-Lecznicyzycznego