

## OŚWIADCZENIE

( wypełnia opiekun prawny/ faktyczny lub inna osoba działająca w imieniu pacjenta )

Ja .....  
legitymujący się dowodem osobistym seria.....,nr.....  
wydanym przez.....  
urodzony/a dnia....., w.....PESEL.....  
nazwisko panięskie.....  
zamieszkały/a.....  
telefon kontaktowy.....,kom. ....  
jako przedstawiciel ustawowy/ opiekun prawny,faktyczny,kurator/  
**wyrażam zgodę** na umieszczenie w ZOL SP ZOZ w Słupcy począwszy od wyznaczonego dnia  
przyjęcia pana/i .....  
urodzonego/ej dnia.....,w ....., PESEL.....  
imiona rodziców pacjenta/teki .....  
nazwisko panięskie .....  
dowód osobisty seria.....,nr..... wydany przez .....  
zamieszkały/a .....  
oraz na:  
1) potrącenie opłat za pobyt w ZOL przez właściwy organ emerytalno-rentowy ze świadczenia ZUS / KRUS nr ....., z dnia .....  
2) odbioru zasiłku stałego, wyrównawczego , renty socjalnej itp.-(decyzja nr .....  
z dnia .....przez w/w Zakład ,tytułem pokrycia kosztów żywienia i zakwaterowania  
3) Oświadczam też, iż środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w ZOL nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich.

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.

.....,dnia.....  
miejsowość

.....  
podpis