ZAŁĄCZNIK NR 5 - Wzór oświadczenia osoby trzeciej o częściowym pokrywaniu kosztów pobytu świadczeniobiorcy w Zakładzie

Słupca, dnia …… roku

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/a ……..……., legitymujący/a się dowodem osobistym numer i seria ……..……, wydanym przez ……..……., posiadający/a nr PESEL ……..……., zamieszkały/a pod adresem ……..……,

zobowiązuję się do uiszczania opłaty za pobyt ……., posiadającego/ej numer PESEL …….. w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Słupcy w części, w której kwota ta nie zostanie pokryta z uzyskiwanego przez pacjenta przychodu.

Zobowiązuję się również do odebrania pacjenta z Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w terminie wskazanym przez ten Zakład.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupcy w celu realizacji powyższych zobowiązań. Klauzula informacyjna została mi udostępniona za pośrednictwem sieci Internet / w formie pisemnej.

……

Podpis