

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-Lecznicznym 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