

.....

.....

Miejscowość, dnia

## **OŚWIADCZENIE O ODPLATNOŚCI I ZGODA NA GROMADZENIE I PRZECHOWYWANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącenia z mojego świadczenia emerytalnego opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym „Ostoja” Sp. z o.o. 37-620 Horyniec-Zdrój, Podemszczyzna 18, naliczanej zgodnie z art. 18 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dn. 27 sierpnia 2004r. (Dz. U.2008.164.1027 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Oświadczam, że moje dochody **są wolne / nie są wolne\*** od potrąceń.

.....

Imię i nazwisko pacjenta

Podpis

.....

**Wyrażam/nie wyrażam zgody\*** na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu.

Podpis

.....

\* niepotrzebne skreślić