

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Miejscowość i data)

.....
Adres zamieszkania

.....
nr PESEL

Oświadczenie

- 1/ Ja niżej podpisany/a
oświadczam, że wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym w Raciborzu oraz na comiesięczne potrącanie opłaty za pobyt w ZOL przez płatnika świadczeń emerytalno- rentowych w wys. 70 % dochodu.
- 2/ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.
- 3/ Oświadczam, iż zobowiązuję się do powiadomienia ZOL o wszelkich zmianach w mojej sytuacji życiowej, wiążącej się z umieszczeniem i pobytem w ZOL, w tym w szczególności o umieszczeniu w innej placówce całodobowej opieki, DPS, o rezygnacji z umieszczenia w zakładzie, ewentualnej prośbie o umieszczeniu w zakładzie w terminie późniejszym, jak również o zmianie sytuacji dochodowej.
- 4/ Dane osoby/osób do kontaktu:

.....
.....
.....
Imię i nazwisko; adres zamieszkania; stopień pokrewieństwa; nr telefonu

.....
Podpis pacjenta lub opiekuna faktycznego