

.....  
Miejscowość i data

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
Adres zamieszkania  
.....

.....  
nr PESEL

## Oświadczenie

1. Ja niżej podpisany/a ..... oświadczam, że wyrażam zgodę na pobyt na Oddziale Opiekuńczo – Leczniczym w Raciborzu oraz na comiesięczne potrącanie opłaty za pobyt w OOL przez płatnika świadczeń emerytalno – rentowych w wysokości 70 % dochodu.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.
3. Oświadczam, iż zobowiązuje się bezzwłocznie do powiadamiania OOL w Raciborzu o wszelkich zmianach w mojej sytuacji życiowej, wiążącej się z umieszczeniem oraz pobytem na Oddziale, 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 ( w tym dostarczenia aktualnych decyzji z ZUS, KRUS i innych ).
4. Dane osoby/osób do kontaktu:

.....  
.....  
.....  
( Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres zamieszkania, nr telefonu )

.....  
Podpis pacjenta lub opiekuna faktycznego