

Stary Gózd,
(data)

ZGODA I OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

1. Wyrażam zgodę na pobyt w Niepublicznym Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy w miejscowości Stary Gózd 35.
2. Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego miesięcznego dochodu (emerytury/renty) opłaty za pobyt w Niepublicznym Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy (w tym koszt wyżywienia i zakwaterowania) w wysokości 70% mojego (zgodnie z Art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz.U.08.164.1027 z późniejszymi zmianami, a także z RMZiOS z dnia 30 grudnia 1998r. w sprawie sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach Dz. U. Nr 166 z 1998r. Poz. 1256). **Pozostałe 30% świadczenia ma być wypłacane na dotychczasowych zasadach tj. doręczane pod adres zamieszkania/przelewane na moje konto bankowe.**
3. Zobowiązuję się również do opuszczenia Zakładu po upływie wyznaczonego terminu pobytu.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz.883 z 1997 r.) w systemach informacyjnych świadczeniodawcy i płatnika.
5. Oświadczam, że zapoznano mnie z prawami pacjenta oraz z informacją dla osób odwiedzających.

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie lub opiekuna prawnego)