

Mikołów, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

ZGODA I OŚWIADCZENIE PACJENTA

Wyrażam zgodę na pobyt i leczenie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym prowadzonym przez Szpital Św. Józefa Sp. z o. o. w Mikołowie.

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego dochodu należności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 poz 731 (70% dochodu).

Zobowiązuję się również do opuszczenia Zakładu po upływie przeznaczonego terminu pobytu lub od momentu nie spełnienia przeze mnie warunków uprawniających do leczenia w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informacyjnych świadczeniodawcy i płatnika.

.....
podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do
Zakładu lub opiekuna prawnego