

OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIOBIORCY ZAKŁADU OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO SZPITALA Św. LEONA sp. z o.o. w Opatowie

Ja niżej podpisana (podpisany) oświadczam, że jako świadczeniobiorca Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Szpitala Św. Leona sp. z o.o. z siedzibą w Opatowie:

1. Zapoznałem się z zasadami przyjęcia, funkcjonowania, pobytu i odpłatności za pobyt oraz warunkami wypisu - określonymi w Regulaminie organizacyjnym ZOL oraz, że je akceptuję.
2. Zobowiązuję się do opłacania należności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym. Zobowiązuję się także do pokrycia wszelkich zaległości wynikających z braku tych wpłat.

3. Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego miesięcznego dochodu (emerytury/renty) opłaty za pobyt w ZOL w wysokości 70% (zgodnie z Art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz.U.2022.2561 t.j. z dnia 2022.12.09 z późniejszymi zmianami, a także Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych Dz.U.2022.1755 t.j. z dnia 2022.08.22). Pozostałe 30% świadczenia ma być przelewane na moje konto bankowe w Banku

.....

o numerze

4. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych, dotyczących mojej osoby, jak również wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych z zakresu danych medycznych, danych podstawowych, w tym numeru PESEL, numeru dokumentu tożsamości w przypadku braku numeru PESEL, danych kontaktowych, danych niezbędnych do zawarcia umowy, danych dotyczących pokrewieństwa, miesięcznego dochodu w procesie przyjęcia i leczenia w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym prowadzonym przez Szpital Św. Leona sp. z o.o., będącym Administratorem Danych Osobowych. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne. Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej Administratora, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

5. Upoważniam
do udzielania wszelkich informacji o moim stanie zdrowia, jak również do udostępniania dokumentacji medycznej.

6. Oświadczam, że zostałem poinformowany, że Zakład Opiekuńczo-Leczniczny nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy osobiste ww. świadczeniobiorcy, jego rzeczy wartościowe (środki finansowe, biżuterię) nie zdeponowane w depozycie.

7. Wskazuję, że moim pełnomocnikiem jest:

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania, stopień pokrewieństwa)

Dane osoby składającej oświadczenie:

1. Imię i nazwisko:

2. Imię ojca:

3. PESEL:

4. Adres zamieszkania:

.....

5. Seria i numer dowodu osobistego:

Data i podpis osoby składającej oświadczenie:

.....

Podpis osoby przyjmującej

.....

(imię i nazwisko, zajmowane stanowisko)