

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*miejsowość, dnia*

.....  
*adres zamieszkania*

.....  
*PESEL.*

## **OŚWIADCZENIE - ZOBOWIĄZANIE**

Ja ..... wyrażam zgodę do odbioru przysługujących mi świadczeń z tytułu mojej emerytury\*, renty\*, zasiłku stałego wyrównawczego\*, zasiłku pielęgnacyjnego\*, wszelkiej korespondencji\* oraz na potrącanie odpłatności za pobyt przez Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. Zakład Opieki Długoterminowej w Gryfowie Śląskim, zgodnie z art.18 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).  
Jednocześnie zobowiązuję się do dobrowolnego uiszczania należności wyliczonej z mojej emerytury\*, renty\*, zasiłku stałego wyrównawczego\*, zasiłku pielęgnacyjnego\*, za pobyt w Zakładzie Opieki Długoterminowej w Gryfowie Śląskim.

.....  
podpis \*\*

\* niepotrzebne skreślić

\*\* podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu lub jej przedstawiciela ustawowego

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*miejsowość, dnia*

.....  
*adres zamieszkania*

.....  
*PESEL.*

## ZGODA PACJENTA

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na:

1. złożenie wszelkich dokumentów przez:

.....  
*imię i nazwisko*

koniecznych do wydania skierowania dla:

.....  
*imię i nazwisko osoby kierowanej do ZOL/ZPO\**

do Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. Zakładu Opieki Długoterminowej w Gryfowie Śl.

2. objęcie mnie opieką przez Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. Zakład Opieki Długoterminowej w Gryfowie Śl.

3. przetwarzanie danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

Ponadto oświadczam, że;

1. Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w .....

2. Osobą wskazaną do kontaktu z Zakładem jest:.....

*imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr tel.*

.....  
podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

\* właściwie zaznaczyć