

.....
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