

PODANIE

Ja _____
(Imię i Nazwisko)

PESEL (lub seria i nr dokumentu tożsamości) oraz adres zamieszkania

Proszę o przyjęcie mnie w charakterze pacjenta do Zakładu Opiekuńczo Leczniczego Caritas Diecezji Tarnowskiej, ul. Rynek 10, 33-330 Grybów.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznano mnie warunkami przyjęcia i pobytu w Zakładzie oraz z treścią przepisów dotyczących odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo–Lecznicznym Caritas Diecezji Tarnowskiej, która wynosi 70 % moich dochodów. Wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty i na jej potrącanie przez płatnika świadczeń emerytalno-rentowych lub przez innego płatnika zgodnie z przepisami (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r § 8 ust.1 – 4 (Dz. U. Nr 0 poz. 731)).

Wyrażam również zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych oraz gromadzenie i przetwarzanie informacji medycznych dot. mojej osoby w celach związanych z prowadzoną przez Zakład działalnością medyczną.

Miejscowość : _____

Data : _____

(podpis osoby składającej oświadczenie lub podpis opiekuna prawnego)