

.....
Imię i Nazwisko osoby odpowiedzialnej za pacjenta

.....
adres zamieszkania osoby odpowiedzialnej za pacjenta

.....
telefon osoby odpowiedzialnej za pacjenta

O ś w i a d c z e n i e d o b r o w l o n e

Ja, niżej podpisany/podpisana* zobowiązuję się, w przypadku uzyskania przez

(Imię i Nazwisko pacjenta)

poprawy stanu zdrowia a tym samym uzyskania w pielęgniarskiej skali Barthel więcej niż 40 punktów, do odebrania go / jej * z Zakładu, w terminie wskazanym przez osobę występującą w imieniu Zakładu. Informacja o terminie wypisu pacjenta będzie udzielona w formie pisemnej i/lub telefonicznej.

Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z umową zawartą z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Caritas w Grybowie nie otrzyma dofinansowania dla pacjenta, który w medycznej skali Barthel uzyskał więcej niż 40 punktów.

* niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis osoby odpowiedzialnej za pacjenta

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

Zostałem/am poinformowany/a, że:

- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz odmowa ich podania, będzie skutkować uniemożliwieniem udzielenia informacji o warunkach i terminach przyjęcia oraz pobytu pacjenta w ZOL Caritas.
- Moje dane będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia informacji o warunkach i terminach przyjęcia oraz pobytu pacjenta w ZOL Caritas, na czas niezbędny do realizacji tego celu.
- Administratorem moich danych osobowych jest Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Caritas Diecezji Tarnowskiej z siedzibą w 33-330 Grybów, Rynek 10, e-mail: zolgrybow@gmail.com, numer telefonu 184482660.
- W placówce wyznaczono **Inspektora Ochrony Danych**, z którym można się kontaktować kom. 660096797, caritas3@diecezja.tarnow.pl;
- Wiem, że posiadam prawo dostępu do swoich danych, ich usunięcia, sprostowania i ograniczenia przetwarzania.
- W przypadku, gdy przetwarzanie moich danych będzie naruszało przepisy o ochronie danych osobowych, mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis osoby oświadczającej