

ZGODA NA PRZYJĘCIE DO SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU LECZNICZO-OPIEKUŃCZEGO W RACIĄŻKU

Wyrażam zgodę na przyjęcie moje /Pana.....
(imię i nazwisko pacjenta)

do Samodzielnego Publicznego Zakładu Leczniczo-Opiekuńczego w Raciążku.

.....
(miejscowości i data)

.....
(podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)

OŚWIADCZENIA

W związku ze zgodą na przyjęcie moje / Pana
(imię i nazwisko pacjenta)

do Samodzielnego Publicznego Zakładu Leczniczo-Opiekuńczego w Raciążku
oświadczam, że:

- *wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na ponoszenie *przeze mnie/przez mojego podopiecznego** kosztów wyżywienia i zakwaterowania podczas pobytu *mojego/ mojego podopiecznego** w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Leczniczo-Opiekuńczym w Raciążku, zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami, które poznałem.
- *wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na gromadzenie i przetwarzanie *moich/ mojego podopiecznego** danych osobowych dotyczących pobytu *mojego/mojego podopiecznego** w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Leczniczo-Opiekuńczym w Raciążku.

* *niepotrzebne skreślić*

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)