

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja niżej podpisana (podpisany) oświadczam, że jako świadczeniobiorca Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego ZOZ w Szczytnie:

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami przyjęcia, funkcjonowania, pobytu i odpłatności za pobyt oraz warunkami wypisu - określonymi w informacji opublikowanej na stronie internetowej <http://szpital.szczytno.pl/> oraz, że je akceptuję.

2. Zobowiązuję się do opłacania należności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Szczytnie, zgodnie z terminem zapłaty wskazanym na fakturze wystawionej przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczny w Szczytnie. Zobowiązuję się także do pokrycia wszelkich zaległości wynikających z braku tych wpłat. Jednocześnie zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że w przypadku nieuregulowania należności w terminie nastąpi wypis i odesłanie mnie do miejsca zamieszkania, bądź ostatniego pobytu, a także dochodzenia zapłaty na drodze postępowania sądowego.

3. Informuję, że **posiadam** rachunek bankowy nr.....

4. **nie posiadam**<sup>1</sup> rachunku bankowego

5. Pozostałą część świadczenia przyznanego mi przez organ emerytalno-rentowy, która nie stanowi opłaty za pobyt w ZOL – będzie odbierał mój opiekun:

.....

(imię i nazwisko, miejsce zamieszkania, stopień pokrewieństwa).

6. Wyrażam zgodę na potrącanie kwoty opłat za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przy ZOZ w Szczytnie, ze świadczenia miesięcznego przyznanego mi przez właściwy organ emerytalno-rentowy i przekazanie jej na rachunek bankowy ZOZ w Szczytnie.

7. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych, dotyczących mojej osoby, jak również wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych z zakresu danych medycznych, danych podstawowych, w tym numeru PESEL, numeru dokumentu tożsamości w przypadku braku numeru PESEL, danych kontaktowych, danych niezbędnych do zawarcia umowy, danych dotyczących pokrewieństwa, miesięcznego dochodu w procesie przyjęcia i leczenia w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym prowadzonym przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Szczytnie, będącym Administratorem Danych Osobowych. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne. Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej Administratora, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Dane osoby składającej oświadczenie:

1. Imię i nazwisko: .....

2. Adres zamieszkania: .....

3. Seria i numer dowodu osobistego: .....

4. Numer telefonu: .....

Data i podpis osoby składającej oświadczenie:

.....

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie:

.....

(imię i nazwisko, zajmowane stanowisko)