
ZGODA NA POBYT
W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. ŚW. RAFAŁA W CZERWONEJ GÓRZE
I OŚWIADCZENIE

Ja

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

1. Wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
2. Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego miesięcznego dochodu (emerytury/renty) opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym (w tym koszt wyżywienia i zakwaterowania) w wysokości 70 % mojego (zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także z RMZiOS z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach).
3. Zobowiązuję się również do opuszczenia Zakładu po upływie wyznaczonego terminu pobytu.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzania danych osobowych w systemach informacyjnych świadczeniodawcy i płatnika.
5. Oświadczam, że zapoznano mnie z prawami pacjenta oraz z informacją dla osób odwiedzających.

..... data	 Podpis osoby wyrażającej zgodę i składającej oświadczenie / opiekuna prawnego