

**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 Dz.U.08.164.1027 z późniejszymi zmianami, a także z RMZiOS z dnia 30 grudnia 1998r. w sprawie sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach Dz. U. Nr 166 z 1998r. Poz. 1256).
3. Zobowiązuję się również do opuszczenia Zakładu po upływie wyznaczonego terminu pobytu.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz.883 z 1997 r.) w systemach informacyjnych świadczeniodawcy i płatnika.
5. Oświadczam, że zapoznano mnie z prawami pacjenta oraz z informacją dla osób odwiedzających.

.....  
data

.....  
podpis osoby składającej zgodę i oświadczenie lub opiekuna prawnego