

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że jako świadczeniobiorca Zakładu Opiekuńczo Leczniczego Mazurskiego Centrum Zdrowia Szpitala Powiatowego w Węgorzewie Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej:

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami przyjęcia, funkcjonowania, pobytu i odpłatności za pobyt, warunkami wypisu oraz że je akceptuję.

2. Zobowiązuję się do opłacania należności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Węgorzewie, zgodnie z terminem zapłaty wskazanym na fakturze wystawionej przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczny w Węgorzewie. Zobowiązuję się także do pokrycia wszelkich zaległości wynikających z braku tych wpłat. Jednocześnie zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że w przypadku nieregulowania 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*** rachunku bankowego.

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

.....

Nr konta

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

6. Wyrażam zgodę na potrącanie kwoty opłat za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przy Mazurskim Centrum Zdrowia Szpitala Powiatowym w Węgorzewie P ZOZ, ze świadczenia miesięcznego przyznanego mi przez właściwy organ emerytalno-rentowy i przekazanie jej na rachunek bankowy Mazurskiego Centrum Zdrowia Szpitala Powiatowego w Węgorzewie P ZOZ.

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 Mazurskie Centrum Zdrowia Szpitala Powiatowego w Węgorzewie P ZOZ, 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)

* Niepotrzebne skreślić