

Imię i nazwisko pacjenta(ki)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zgodnie z art. 23 ust.1 pkt 1 i art. 27 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133, poz.883)

wyrażam zgodę

na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu opieki Zdrowotnej Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II przy ul. Żeromskiego 22 w Elblągu oraz przez organ kierujący (tj. zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, zmienianie i opracowywanie). Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych osobowych innym podmiotom realizującym zadania służby zdrowia oraz pomocy społecznej, a także policji, sądom, prokuraturze, ZUS i Wydziałowi Spraw Mieszkaniowych Urzędu Miejskiego w Elblągu.

Elbląg, dnia.....

.....
(podpis)

Elbląg, dnia.....

Oświadczenie pacjenta/przedstawiciela ustawowego*

.....
nazwisko i imię pacjenta

.....
data urodzenia

PESEL

Oświadczam, iż wyrażam zgodę za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Elblągu, ul. Żeromskiego 22.

Wyrażam również zgodę na dokonywanie wpłaty na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicy zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30.12.1998r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno - opiekuńczych oraz szczegółowych zasad odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. nr 166 poz. 1265 z 1987 r.)

.....
czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*

.....
własnoręczność podpisu potwierdzam

* *niepotrzebne skreślić*