

Elbląg, dnia.....

Oświadczenie pacjenta/Przedstawiciela ustawowego *

.....
imię i nazwisko pacjenta/ki

PESEL.....

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu.

Wyrażam również zgodę na dokonywanie wpłaty za pobyt zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych (Dz.U.2022.1755) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2022.2561).

.....
czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela

ustawowego* *- niepotrzebne skreślić

Elbląg, dnia.....

OŚWIADCZENIE

.....
imię i nazwisko pacjenta/ki

PESEL.....

Oświadczam, że zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2019.1781) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu z Zakładem Opiekuńczo – Lecznicznym.

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

*- niepotrzebne skreślić