

OŚWIADCZENIE

Ja

.....

Legitymujący (a) się dowodem osobistym

seria nr PESEL

wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym ze świadczenia przyznanego przez odpowiedni organ.

Wyrażam zgodę (nie wyrażam) na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

.....

data i podpis osoby kierowanej do Zakładu
Opiekuńczo-Lecznicznego