

Imię i nazwisko : Warta, dn.

Adres :

.....

.....

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na potrącanie 70% mojego świadczenia tytułem opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicyz na podstawie § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25.06.2012r. w sprawie do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych.

Opłatę ustala się ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu osoby przebywającej w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicyz.

.....
podpis osoby ubiegającej się o skierowanie
do Zakładu Opiekuńczo – Lecznicyz/
przedstawiciela ustawowego

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie moich danych osobowych w związku z procedurami dotyczącymi ubiegania się o przyjęcie do tutejszej placówki.

.....
podpis osoby ubiegającej się o skierowanie
do Zakładu Opiekuńczo – Lecznicyz/
przedstawiciela ustawowego