

**PODANIE O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO
SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. H. KLIMONTOWICZA W GORLICACH**

Ja _____
Imię i Nazwisko

PESEL (lub seria i nr dokumentu tożsamości) oraz adres zamieszkania

Proszę o przyjęcie mnie w charakterze pacjenta do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, Szpital Specjalistyczny im. H. Klimontowicza w Gorlicach.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/am się z warunkami przyjęcia i pobytu w Zakładzie oraz z treścią przepisów dotyczących odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, która wynosi 70% moich dochodów. Wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty i na jej potrącanie przez płatnika świadczeń emerytalno-rentowych lub przez innego płatnika zgodnie z przepisami (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r § 8 ust.1 – 4 (Dz. U. Nr 0 poz. 731)).

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych oraz gromadzenie i przetwarzanie informacji medycznych dotyczących mojej osoby w celach związanych z prowadzoną przez Zakład działalnością medyczną.

.....
miejsowość i data
oświadczenie

.....
podpis osoby składającej
lub opiekuna prawnego