

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