

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*adres zamieszkania*

.....  
*Pesel*

## O Ś W I A D C Z E N I E

1. Jan niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na ponoszenie kosztów wyżywienia i zakwaterowania w zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Głogówku zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Oświadczam, że uzyskuję miesięczny dochód z następujących tytułów: renta w wysokości ..... zł, emerytura w wysokości ..... zł, zasiłek wysokości ..... zł, inne tytuły ..... zł.
3. W załączeniu przekazuję kopie dokumentów potwierdzających ww. tytuły mojego dochodu / zobowiązuję się w terminie 7 dni dostarczyć kopie tych dokumentów\*, które stanowią podstawę do obliczenia opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym. Jednocześnie zobowiązuję się każdorazowo niezwłocznie poinformować o zmianie (zarówno obniżce jak i wzroście) wysokości uzyskiwanego dochodu.
4. Zostałam/em poinformowana/ny o tym, że jeśli mój stan zdrowia nie będzie wymagał dalszego pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Głogówku, zobowiązuje się do opuszczenia zakładu w terminie ustalonym przez lekarza i kierownika zakładu.
5. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących mojego pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Głogówku.
6. Zostałam/em poinformowana/ny o tym, że zakład nie odpowiada za rzeczy wartościowe nie złożone przeze mnie do depozytu.

Głogówek, dnia .....

.....

( podpis pacjenta)

\* niepotrzebne skreślić