

**7. ZGODA ŚWIADCZENIOBIORCY NA POTRĄCANIE OPŁATY
ZA POBYT W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM
SP ZZOZ Szpital w Iłży**

Wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, w wysokości odpowiadającej 250 % najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, przez właściwy organ rentowy albo emerytalno-rentowy.

.....
Data i podpis osoby kierowanej do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego
lub jej przedstawiciela ustawowego

Na podstawie:

1. Art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z dnia 28 czerwca 2012 r. poz.731).

OŚWIADCZENIE

1. Ja,

Imię i nazwisko

legitymujący(a) się dowodem osobistym seria i nr

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego.

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu w systemach informacyjnych SP ZZOZ Szpital w Iłży oraz płatnika. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

2. Zobowiązuję się do poinformowania lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) o przyjęciu do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego SP ZZOZ Szpital w Iłży (**załącznik nr 1 – druk dla POZ**) oraz zwrotu potwierdzenia o przekazaniu powyższej informacji (**załącznik nr 2 – druk zwrotny dla placówki ZOL**).

.....
Data i podpis osoby kierowanej do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego
lub jej przedstawiciela ustawowego

DANE OSOBOWE:

OSOBY DO KONTAKTU:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Adres zamieszkania	Nr tel. do kontaktu
1.				
2.				

DANE Z DOWODU TOŻSAMOŚCI NIEZBĘDNE DO PRZYJĘCIA PACJENTA:

PESEL	Data i miejsce urodzenia	Nazwisko rodowe	Wzrost (cm)

INFORMACJE DOTYCZĄCE STAŁYCH DOCHODÓW PACJENTA:

Nr świadczenia:	Numer oraz data wydania legitymacji (ZUS/KRUS lub GOPS/MOPS)*

Nr posiadanego konta bankowego:

*) Właściwe zakreślić

.....
Data i podpis osoby kierowanej do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego
lub jej przedstawiciela ustawowego