

OŚWIADCZENIE

Ja
legitymujący(a) się dowodem osobistym
seria nr PESEL
wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy
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 – Lecznicy