**OŚWIADCZENIE**

Ja .................................................................................................................... legitymujący(a) się dowodem osobistym seria i nr.........…................PESEL ...........………................................................

wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym ze świadczenia przyznanego przez odpowiedni organ oraz wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu w systemach informacyjnych SPZZOZ w Pionkach 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.

 …………………………………………………..

data i podpis osoby kierowanej do Zakładu

 Opiekuńczo-Leczniczego