

Elbląg dnia.....

Oświadczenie pacjenta/Przedstawiciela ustawowego *

.....
Imię i nazwisko pacjenta/ki

PESEL.....

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu.

Wyrażam również zgodę na dokonywanie wpłaty za pobyt zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych (Dz.U.2022.1755) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2022.2561).

.....
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*)

*- niepotrzebne skreślić

Elbląg dnia.....

OŚWIADCZENIE

.....
Imię i nazwisko pacjenta/ki

PESEL.....

Oświadczam, że zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2019.1781) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu z Zakładem Opiekuńczo – Lecznicy.

.....
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*)

*- niepotrzebne skreślić