

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO/FAKTYCZNEGO
ŚWIADCZENIOBIORCY SKIEROWANEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE
OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM, DZIAŁAJĄCYM PRZY ZESPOLE OPIEKI
ZDROWOTNEJ W NIDZICY.**

Ja niżej podpisana (podpisany) oświadczam, że jestem osobą opiekującą się

.....
(imię i nazwisko, PESEL),

będącym (będącej) świadczeniobiorcą Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego ZOZ w Nidzicy. W związku z tym:

1. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się jako opiekun prawny/opiekun faktyczny z zasadami przyjęcia, funkcjonowania, pobytu i odpłatności za pobyt oraz warunkami wypisu - określonymi w Regulaminie organizacyjnym ZOL opublikowanym na stronie internetowej <https://zoz.nidzica.pl> oraz, że je akceptuję.

2 Zobowiązuję się do zapłaty należności za pobyt ww. świadczeniobiorcy w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Nidzicy w zgodnie z terminem zapłaty wskazanym na fakturze wystawionej przez ZOZ. Zobowiązuję się także do pokrycia wszelkich zaległości wynikających z braku tych wpłat, a w szczególności zobowiązuję się do pokrycia z własnych środków różnicy pomiędzy wysokością naliczonej opłaty za pobyt w ZOL, a wysokością dochodu ustalonego na podstawie tego świadczenia,tj. w sytuacji kiedy świadczenie wypłacone przez ten organ jest niższe od naliczonej opłaty oraz kiedy świadczenie to nie mogło być wypłacone na pokrycie tej opłaty za pobyt w ZOL, a świadczeniobiorca korzystał z pobytu w ZOL. Jednocześnie zostałem poinformowany, że w przypadku nieuregulowania należności w terminie nastąpi wypis z ZOL i odesłanie go do miejsca zamieszkania, bądź ostatniego pobytu, a także dochodzenia zapłaty na drodze postępowania sądowego. Informuję jednocześnie, że ww. świadczeniobiorca **posiada/nie posiada**¹ rachunek bankowy. W przypadku nie posiadania rachunku bankowego przez świadczeniobiorcę zobowiązuję się do odbioru części świadczenia, która nie stanowi opłaty za pobyt w ZOL.

3. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych, dotyczących mojej osoby, w tym numeru PESEL, numeru dokumentu tożsamości w przypadku braku numeru PESEL, danych kontaktowych, danych niezbędnych do zawarcia umowy, danych dotyczących pokrewieństwa przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy, będącym Administratorem Danych Osobowych. 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. Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej Administratora (<https://zoz.nidzica.pl/category/rodo/>), w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

4. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody ¹ na przesyłanie faktur i korespondencji drogą mailową

na adres:

1 Niepotrzebne skreślić

Dane osoby składającej oświadczenie:

1. Imię i nazwisko:
2. Numer PESEL:
3. Adres zamieszkania:.....
4. Adres elektronicznej poczty mailowej:
5. Nr telefonu do kontaktu:

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie:

.....
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie:
(imię i nazwisko, zajmowane stanowisko)

1 Niepotrzebne skreślić.