

**OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIOBIORCY ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO,
DZIAŁAJĄCEGO PRZY ZESPOLE OPIEKI ZDROWOTNEJ W NIDZICY.**

Ja niżej podpisana (podpisany) oświadczam, że jako świadczeniobiorca Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego ZOZ w Nidzicy:

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się 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 opłacania należności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Nidzicy, zgodnie z terminem zapłaty wskazanym na fakturze wystawionej przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczny w Nidzicy. Zobowiązuję się także do pokrycia wszelkich zaległości wynikających z braku tych wpłat. Jednocześnie zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że w przypadku nieuregulowania należności w terminie nastąpi wypis i odesłanie mnie do miejsca zamieszkania, bądź ostatniego pobytu, a także dochodzenia zapłaty na drodze postępowania sądowego.

3. Informuję, że **posiadam/nie posiadam**¹ rachunek bankowy. Pozostałą część świadczenia przyznanego mi przez organ emerytalno-rentowy, która nie stanowi opłaty za pobyt w ZOL – będzie odbierał mój opiekun:

.....
.....

(imię i nazwisko, miejsce zamieszkania, stopień pokrewieństwa).

4. Wyrażam zgodę na potrącanie kwoty opłat za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przy ZOZ w Nidzicy, ze świadczenia miesięcznego przyznanego mi przez właściwy organ emerytalno-rentowy i przekazanie jej na rachunek bankowy ZOZ w Nidzicy. Jednocześnie 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 ja korzystałem/korzystałam już z tego pobytu.

5. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych, dotyczących mojej osoby, jak również wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych z zakresu danych medycznych, danych podstawowych, w tym numeru PESEL, numeru dokumentu tożsamości w przypadku braku numeru PESEL, danych kontaktowych, danych niezbędnych do zawarcia umowy, danych dotyczących pokrewieństwa, miesięcznego dochodu w procesie przyjęcia i leczenia w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym prowadzonym 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, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Dane osoby składającej oświadczenie:

1. Imię i nazwisko:

2. Adres zamieszkania:

3. Seria i numer dowodu osobistego:

4. Numer telefonu:

Data i podpis osoby składającej oświadczenie:

.....

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie:

.....

(imię i nazwisko, zajmowane stanowisko)

1 Niepotrzebne skreślić