**OŚWIADCZENIE**

……………………………
 Imię i nazwisko pacjenta

……………………………
Adres zamieszkania

……………………………
PESEL

……………………………
Telefon kontaktowy

**ZGODA PACJENTA**

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojej renty – emerytury opłaty za pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym w Żołyni w wysokości 70% dochodu tj. kwoty przekazywanej przez właściwy organ emerytalno – rentowy ze świadczenia Nr ………………………………………………………………….

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w ………………………………………

Lekarz rodzinny (lekarz POZ) adres……………………………………………...

……………………………………………………………………………………

Podstawa prawna: Art. 18 ust. 1 Ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r., Nr 164 poz. 1027 z późn. Zm.)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

Żołynia, dnia………………………

………………………………………………………..
podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego
bądź osoby upoważnionej przez pacjenta