ZGODA NA PRZYJĘCIE

DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO PSYCHIATRYCZNEGO

W KNUROWIE

Ja ……....wyrażam zgodę
(Imię i nazwisko pacjenta)

na leczenie i pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym Psychiatrycznym w Knurowie w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Knurowie Sp. z o. o.

…….. ……..

(miejscowość i data) (podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)

OŚWIADCZENIA

W związku z wyrażeniem zgody na leczenie i pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym Psychiatrycznym w Knurowie w ZOL w Knurowie Sp. z o. o. oświadczam, że:

- Wyrażam zgodę na ponoszenie przeze mnie kosztów wyżywienia i zakwaterowania podczas pobytu mojego/mojego podopiecznego na leczenie i pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym Psychiatrycznym w Knurowie przy ZOL w Knurowie Sp. z o. o. zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami, które poznałem/am.
- Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich/mojego podopiecznego danych osobowych dotyczących pobytu mojego/mojego podopiecznego na leczenie i pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym Psychiatrycznym przy Knurowie w ZOL w Knurowie Sp. z o. o.

……. ……..

(miejscowość i data) (podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)