

ZGODA NA PRZYJĘCIE
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO PSYCHIATRYCZNEGO
W KNUROWIE

Jawyrażam zgodę
(Imię i nazwisko pacjenta)

na leczenie i pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym
w Knurowie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym 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-Lecznicznym 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-Lecznicznym 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-Lecznicznym Psychiatrycznym przy Knurowie w ZOL w Knurowie Sp. z o. o.

.....
(miejscowość i data)

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

