

OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIOBIORCY ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO, DZIAŁAJĄCEGO PRZY NZOZ SZPITAL IM. PROF. Z. RELIGI W SŁUBICACH SP. Z O.O.

Ja niżej podpisana (podpisany) oświadczam, że jako świadczeniobiorca Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego NZOZ Szpital im. prof. Z. Religi w Słubicach sp. z o.o.

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami przyjęcia, funkcjonowania, pobytu i odpłatności za pobyt oraz warunkami wypisu - określonymi w Regulaminie ZOL – opublikowanym na stronie internetowej <https://www.szpitalslubice.pl/> oraz, że je akceptuję.

2. Zobowiązuję się do opłacania należności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przy NZOZ Szpital im. prof. Z. Religi w Słubicach sp. z o.o. zgodnie z terminem zapłaty wskazanym na fakturze wystawionej przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczny przy NZOZ Szpital im. prof. Z. Religi w Słubicach sp. z o.o.. Mam świadomość, iż opłata za pobyt zostanie ustalona w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. (Miesięczną opłatę za wyżywienie i zakwaterowanie dziecka do ukończenia 18. roku życia, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26. roku życia, przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ustala się w wysokości odpowiadającej 200% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. W przypadku dziecka pozbawionego opieki i wychowania rodziców umieszczonego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej przez sąd opłata ta wynosi nie mniej niż 200% najniższej emerytury.) Zobowiązuję się także do pokrycia wszelkich zaległości wynikających z braku tych wpłat. Jednocześnie zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że w przypadku nieuregulowania należności w terminie w/w należności będą dochodzone na drodze postępowania sądowego.

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

.....
.....

przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny/opiekun faktyczny*
(imię i nazwisko, miejsce zamieszkania, stopień pokrewieństwa).

4. Wyrażam zgodę na potrącanie kwoty opłat za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przy NZOZ Szpital im. prof. Z. Religi w Słubicach sp. z o.o., we wskazanej w załączniku nr 2 do Regulaminu wysokości, ze świadczenia miesięcznego przyznanego mi przez właściwy organ emerytalno-rentowy i przekazanie jej na rachunek bankowy NZOZ Szpital im. prof. Z. Religi w Słubicach sp. z o.o..

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 dotyczących

pokrewieństwa, miesięcznego dochodu w procesie przyjęcia i leczenia w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym prowadzonym przez NZOZ Szpital im. prof. Z. Religi w Słubicach sp. z o.o., 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