

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO/USTAWOWEGO
PRZEDSTAWICIELA ŚWIADCZENIOBIORCY
SKIEROWANEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-
LECZNICZYM, DZIAŁAJĄCYM PRZY NZOZ SZPITAL IM. PROF. Z. RELIGI
W SŁUBICACH SP. Z O.O.**

Ja niżej podpisana (podpisany) oświadczam, że jestem opiekunem prawnym/przedstawicielem ustawowym.....

.....
(imię i nazwisko, PESEL),

będącym (będącej) świadczeniobiorcą Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy NZOZ Szpital im. prof. Z. Religi w Słubicach sp. z o.o. W związku z tym:

1. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się jako opiekun prawny/ ustawowy przedstawiciel 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 zapłaty należności za pobyt ww. świadczeniobiorcy 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 ZOL. Zobowiązuję się także do pokrycia wszelkich zaległości wynikających z braku tych wpłat, 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.) Jednocześnie zostałem poinformowany, że w przypadku nieuregulowania należności w terminie ww. należności będą dochodzone na drodze postępowania sądowego. Informuję jednocześnie, że ww. świadczeniobiorca posiada/nie posiada* rachunek bankowy.
3. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych, dotyczących mojej osoby, w tym numeru PESEL, numeru dokumentu tożsamości w przypadku braku numeru PESEL, danych kontaktowych, danych dotyczących pokrewieństwa, przez ZOL przy NZOZ 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 <https://www.szpitalslubice.pl/szpital/rodo> w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

4. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przesyłanie faktur i korespondencji drogą mailową na adres.....

Dane osoby składającej oświadczenie:

1. Imię i nazwisko:
2. Numer PESEL:
3. Adres zamieszkania:.....
4. Adres elektronicznej poczty mailowej:
5. Nr telefonu do kontaktu:

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

.....
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie

***zaznaczyć właściwe**