

.....  
(miejscowość, data)

## OŚWIADCZENIE

Ja..... PESEL.....  
(imię i nazwisko)

legitymujący się dowodem osobistym: seria: ..... numer .....

wydanym przez .....

**Wyrażam zgodę na potrącenie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Opolu Lubelskim, ze świadczenia przyznanego przez odpowiedni organ.**

.....  
Miesięczna opłata za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo- Lecznicznym, dalej zwanym ZOL ustalana jest z zachowaniem postanowień art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 roku poz. 1285).

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*, na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis osoby kierowanej do ZOL lub jej przedstawiciela lub innej upoważnionej osoby

\*Niepotrzebne skreślić