

Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Psychiatrycznym w Rudziszkach w Szpitalu Psychiatryczny Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie oraz na pokrycie kosztów wyżywienia i zakwaterowanie w ZOLP z tytułu uzyskanego dochodu.

Oświadczam, iż środki utrzymania, przeznaczone na opłacenie pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Psychiatrycznym w Rudziszkach w Szpitalu Psychiatryczny Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, nie są zajęte lub obciążone prawami osób trzecich / są zajęte /
obciążone przez
w wysokości:

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na gromadzenie, przetwarzanie i przechowywanie danych osobowych dotyczących Pani / Pana
kierowanej do ZOLP, zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie Danych Osobowych (tj. Dz. U. z 2016r. Poz. 922 z późn. zm.)

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy