

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany (imię i nazwisko składającego oświadczenie)

PESEL: |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|

legitymujący(a) się Dowodem Osobistym: seria:, numer:,

wydanym przez:

wyrażam zgodę na potrącenie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Tarnogrodzie ARION Szpitale sp. z o.o. Zespół Opieki Zdrowotnej w Biłgoraju, ze świadczenia przyznanego przez organ emerytalno-rentowy:

numer i data decyzji:

w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, ale nie wyższej niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, osoby przebywającej w zakładzie oraz zobowiązuję się do uiszczenia należności z tytułu pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Tarnogrodzie w terminie 7 dni od daty przyjęcia do zakładu przez ARION Szpitale sp. z o.o. Zespół Opieki Zdrowotnej w Biłgoraju.

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody^(*) na przetwarzanie moich danych osobowych w celu skierowania i pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Tarnogrodzie ARION Szpitale sp. z o.o. Zespół Opieki Zdrowotnej w Biłgoraju stosownie do treści art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie
lub innej osoby upoważnionej.

*) Niepotrzebne skreślić.