

.....
/miejsowość i data/

DANE
OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O MIEJSCE
W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM W WOŁCZYNIE

1.
/imię i nazwisko pacjenta/

2.
/data i miejsce urodzenia/

3.
PESEL

4.
/dokładny adres zamieszkania, kod, TELEFON /

5.
Nr świadczenia emerytalnego, rentowego/

6.
Lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej, do którego pacjent
złożył deklarację wyboru, adres/

.....
Pielęgniarka Podstawowej Opieki Zdrowotnej, do którego pacjent
złożył deklarację wyboru, adres/

7.
/przynależność do Narodowego Fundusz Zdrowia/

8.
/adres i telefon kontaktowy opiekuna, rodziny/

Pacjent przed przyjęciem do ZOL zobowiązany jest mieć założone konto osobiste w banku.
Czy pan/pani ma założone konto w banku na dzień składania wniosku?
(Tak/nie).....

Oświadczam, że stosownie do treści art.23 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883 z 1997r.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych również i w przyszłości, w związku z prowadzonym postępowaniem o umieszczenie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym.

.....
/czytelny podpis/