

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-
LECZNICZEGO W POWIATOWYM CENTRUM MEDYCZNYM Sp. Z O.O. NZOZ
SZPITAL POWIATOWY W WIERUSZOWIE**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

W związku ze skierowaniem mnie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Wieruszowie, wyrażam zgodę na potrącenie opłaty za mój pobyt w zakładzie z moich świadczeń emerytalnych, rentowych, zasiłku stałego, renty socjalnej*.

Decyzję o waloryzacji mojej emerytury, renty* proszę przesłać na adres zakładu, w którym obecnie przebywam.

Zostałam/łem poinformowany, że zatajenie jakichkolwiek informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, może skutkować natychmiastowym wypisaniem mnie z zakładu opiekuńczo-leczniczego.

Stosowanie do treści art. 23 ust 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 Nr 101 poz 926 z późniejszymi zmianami), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych również i w przyszłości, w związku z prowadzonym postępowaniem o umieszczenie i pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Do wniosku proszę dołączyć aktualną decyzję o wysokości emerytury/renty.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

* Niepotrzebne skreślić.