

## OŚWIADCZENIE

- 1) Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na przenoszenie kosztów wyżywienia i zakwaterowania w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicyzynie zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 2) Zostałam/em poinformowana/ny o tym, że jeśli mój stan zdrowia nie będzie wymagał dalszego pobytu, zobowiązuję się do opuszczenia zakładu w terminie ustalonym przez lekarza i kierownika zakładu.
- 3) Wyrażam / nie wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących mojego pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicyzynie.
- 4) Zostałam/em poinformowana/ny o tym, że zakład nie odpowiada za rzeczy wartościowe nie złożone przeze mnie do depozytu.

Głogówek, dnia .....

.....  
(Podpis pacjenta)