

.....  
(Miejscowość i data)

## OŚWIADCZENIE

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
Telefon kontaktowy

### ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojej **RENTY – EMERYTURY)\*** opłaty za wyżywienie i zakwaterowanie w **ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZYM** przez zakład emerytalno-rentowy.

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w .....

Lekarz rodzinny (lekarz POZ).....

(imię i nazwisko)

**Podstawa prawna:** (Art. 33a ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.), Rozporządzenia MZ z dnia 25 czerwca 2012 w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno –opiekuńczych (Dz. U. 2012, poz. 731).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

\*) właściwe podkreślić

.....  
(Podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna)