

## OŚWIADCZENIE

Ja,

.....

legitymujący(a) się dowodem osobistym:

seria ..... nr ..... PESEL.....

wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-lecznicznym ze świadczenia przyznanego mi przez odpowiedni organ.

Jednocześnie **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

.....

Data i podpis osoby kierowanej  
do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego