

**DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O MIEJSCE
W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM W IŁŻY**

1.
/imię i nazwisko/
2.
/data urodzenia, dzień – miesiąc - rok/
3.
/PESEL /
4.
/dokładny adres zamieszkania, TELEFON/
5.
/Nr świadczenia emerytalnego, rentowego /
6.
/Podstawowa Opieka Zdrowotna – POZ – nazwisko i imię lekarza do którego
pacjent złożył deklarację wyboru, adres /
7.
/Przynależność do Narodowego Funduszu 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 833 z 1997r.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych również i w przyszłości, w związku z prowadzonym postępowaniem o umieszczenie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym.

.....

/miejscowość, data/

.....

/czytelny podpis/