

.....
(Data i miejscowość)

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

1.
(imię i nazwisko pacjenta)
2.
(data i miejsce urodzenia)
3.
PESEL
4.
(dokładny adres zamieszkania, kod, TELEFON)
5.
(Nr świadczenia emerytalnego, rentowego)
6.
(**Lekarz** Podstawowej Opieki Zdrowotnej, do którego pacjent złożył deklarację wyboru, adres)
.....
(**Pielęgniarka** Podstawowej Opieki Zdrowotnej, do którego pacjent złożył deklarację wyboru, adres)
7.
(przynależność do Narodowego Fundusz Zdrowia)
8.
(adres i telefon kontaktowy opiekuna, rodziny)

Oświadczam, że stosownie do treści art.23 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883 z 1997r.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych również i w przyszłości, w związku z prowadzonym postępowaniem o umieszczenie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym.

.....
(czytelny podpis)