

Gliwice, dnia.....

### Oświadczenie

Ja niżej podpisana.....  
w związku z przyjęciem mnie do Ośrodka pod Wezwaniem Świętego Józefa w Gliwicach,

a) przyjmuję do wiadomości, że Zakład nie bierze odpowiedzialności za moje leczenie w wypadku, gdy ja lub ktokolwiek inny przyprowadzi do mnie lekarza, lub inną osobę uprawnioną do leczenia nie zatrudnioną w Zakładzie, która zaaplikuje mi jakiegokolwiek inne leki niż leki przepisane przez lekarza zatrudnionego w Zakładzie. Zdaję sobie, zatem sprawę z faktu, iż w przypadku podjęcia przeze mnie leczenia nie konsultowanego z lekarzem zatrudnionym w Zakładzie, (z wyjątkiem konsultacji zleconych przez tegoż lekarza) Zakład będzie zwolniony ze wszelkiej odpowiedzialności wobec mnie i mojej rodziny.

b) Oświadczam również, iż zostałam poinformowana, że jedynymi osobami uprawnionymi do udzielania informacji dotyczących stanu mojego zdrowia i innych pensjonariuszek Zakładu jest jedynie personel medyczny oraz dyrektor Zakładu.

c) Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie 70% mojej emerytury/renty tytułem odpłatności za pobyt w Ośrodku pod Wezwaniem Świętego Józefa w Gliwicach przy ulicy Zygmunta Starego 19 (opieka długoterminowa). W przypadku czasowej nieobecności świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym na tzw. przepustce obliczając opłatę uwzględnia się liczbę dni pobytu świadczeniobiorcy poza zakładem. Opłatę oblicza się w ten sposób, że za dni pobytu poza zakładem opłata wynosi 70% opłaty pobieranej za dni obecności w zakładzie opiekuńczym.

d) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (zgodnie z obowiązującymi przepisami RODO oraz Ustawy o Ochronie Danych Osobowych) potrzebnych do opieki nad moją osobą w tutejszym Zakładzie (Opieka Długoterminowa) zgodnie z załączonym oświadczeniem załącznik nr 2.

Świadoma powyższej deklaracji, zobowiązuję się do jej przestrzegania, wobec czego dobrowolnie i ze zrozumieniem jej treści składam poniżej mój podpis.

.....  
podpis

Gliwice, .....

### UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisana.....

pesel....., upoważniam:

1).....legitymującą/y się dowodem osobistym.....,

2).....legitymującą/y się dowodem osobistym.....,

**do udzielania informacji o stanie mojego zdrowia, udostępnieniu dokumentacji medycznej (kserokopii) oraz wydaniu dokumentacji niezbędnej do zorganizowaniu pogrzebu.**

.....  
podpis