

.....
Miejscowość, data

.....
(Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie)

.....
(Adres zamieszkania)

PESEL:

Kontakt tel.:

Lekarz POZ:
(wpisać lekarza lub nazwę i adres zakładu opieki zdrowotnej)

Ubezpieczony*:

- Podkarpacki Oddział NFZ
- Inny Oddział NFZ –
- Nieubezpieczony w NFZ

*zaznaczyć odpowiednie

NZOL Psychiatryczny
Niemstów 131, 37-611 Cieszanów
Tel: (16) 611-50-18

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Psychiatrycznego w Niemstowie 131, gm. Cieszanów, pow. Lubaczów. Proszę swą motywuję złym stanem zdrowia, wymagam ciągłej opieki, choruję na:

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie, zgodnie z obowiązującymi przepisami.*

.....
Własnoręczny podpis osoby starającej się o umieszczenie
w zakładzie lub podpis opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej

.....
Podpis osoby stwierdzającej własnoręczność podpisu

Zgodnie z wytycznymi ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych** informuję, iż:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest NZOL Psychiatryczny z siedzibą w Niemstowie 131, adres e-mail: nzolnowesiolo@op.pl, numer telefonu (16) 611-50-18, numer NIP: 792-228-79-82, REGON: 180836500.
- 2) W NZOL Psychiatrycznym Niemstów wyznaczaliśmy Inspektora Ochrony Danych. W razie wątpliwości związanych z przetwarzaniem dotyczących Pani/Pana danych, prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: iod@nzolnowesiolo.com.pl
- 3) Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w związku i w celu udzielania świadczeń podczas pobytu w NZOL Psychiatrycznym w Niemstowie
- 4) Pana/i dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie stosownych przepisów prawa.
- 5) Pan/i dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres określony przepisami prawa dotyczącymi przechowywania dokumentacji medycznej.
- 7) Posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 8) Ma Pan/i prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pan/i, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/i dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.**
- 9) Podanie przez Pana/ią danych osobowych jest dobrowolne, przy czym niezbędne do udzielania świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- 10) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Potwierdzam zapoznanie się z klauzula informacyjną:

Podpis pacjenta/opiekuna

*Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.)

**Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).