**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

Ja………………………………………………………legitymujący/a się dowodem osobistym seria ………. Nr …………… PESEL ……………………….. zamieszkały/a ………………………………………………. .. nr telefonu……………………………………

wyrażam zgodę na leczenie i pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Psychiatrycznym w Prabutach NZOZ „Centrum Psychiatrii” Sp. z o.o. z siedzibą w Malborku oraz na ponoszenie opłaty za pobyt zgodnej z cennikiem i wynikającej z Regulaminu Organizacyjnego Zakładu.

Oświadczam też, iż środki utrzymania przenoszone na opłacenie pobytu w ZOL są / nie są zajęte oraz obciążone prawami osób trzecich.

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych w celu udzielania świadczeń medycznych.

 …………………………………….

 (data i czytelny podpis)

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA**

**(jeżeli istnieje)**

Ja………………………………………………………legitymujący/a się dowodem osobistym seria ………. Nr …………… PESEL ……………………….. zamieszkały/a ………………………………………………. .. nr telefonu……………………………………

Jako przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, kurator, wyrażam zgodę na umieszczenie pana/pani………………………………………………………………………………………...

urodzonego/ej ………………………………….. syna(córki)………………………………….

w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Psychiatrycznym w Prabutach NZOZ „Centrum Psychiatrii” Sp. z o.o. z siedzibą w Malborku oraz na ponoszenie opłaty za pobyt zgodnej z cennikiem i wynikającej z Regulaminu Organizacyjnego Zakładu.

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych (w celu udzielania świadczeń medycznych) dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

 …………………………………….

 (data i czytelny podpis)