

OŚWIADCZENIE SKŁADANE W MOMENCIE SKŁADANIA WNIOSKU O PRZYJĘCIE DO SPZOZ ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO W KRZANOWICACH

Krzanowice, dn.

.....
(Imię i nazwisko oświadczającego)

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 - RODO) (Dz. Urz. UE L 2016 Nr 119, s.1), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów kontaktowych oraz prowadzenia działań wynikających ze statutu SPZOZ Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Krzanowicach i realizowanych w oparciu o niego czynności.

Ponad to oświadczam iż:

1. **WYRAŻAM/NIE WYRAŻAM*** zgody na dostęp i posługiwanie się przez SPZOZ Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Krzanowicach moimi danymi osobowymi w celach związanych ze sprawowaniem opieki oraz kontaktów z rodziną i otoczeniem.
2. **WYRAŻAM/NIE WYRAŻAM*** zgody na bezpośrednie przekazywanie przez ZUS/OPS na konto SPZOZ Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Krzanowicach części mojego świadczenia - renty, stanowiącej odpłatności za pobyt ww. w placówce.
3. **WYRAŻAM/NIE WYRAŻAM*** zgody na odbieranie przez upoważnionego pracownika SPZOZ Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Krzanowicach mojej korespondencji
4. **WYRAŻAM/NIE WYRAŻAM*** zgody na pobieranie od listonosza i przechowywane w depozycie w SPZOZ Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Krzanowicach mojego świadczenia pieniężnego/renty przez upoważnionego pracownika ZPO w Krzanowice.
5. **WYRAŻAM/NIE WYRAŻAM*** zgody na comiesięczne potrącanie z mojego konta depozytowego kwoty stanowiącej wyrównanie do 70% otrzymywanej przez ww. renty z ZUS/KRUS/świadczenia z OPS (stanowiącej odpłatność za pobyt w ZPO).
6. **WYRAŻAM/NIE WYRAŻAM*** zgody na przechowywanie mojego dowodu osobistego o numerze w dokumentacji ww., będącej u pracownika SPZOZ Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Krzanowicach
7. **WYRAŻAM/NIE WYRAŻAM*** zgody na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku, poprzez jego sporządzenie, utrwalanie i rozpowszechnianie przez SPZOZ Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Krzanowicach w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t. j. Dz. U. z 2016 r. poz. 666 z późn. zm.) i ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks

cywilny (t. j. Dz. U. z 2016 r. poz. 380 z późn. zm.) oraz udzielamy nieodpłatnej licencji na wykorzystanie utrwalonego wizerunku na następujących polach eksploatacji:

- a) utrwalanie i zwielokrotnianie jakąkolwiek znaną techniką oraz rozpowszechnianie w dowolnej formie,
- b) wprowadzanie do pamięci komputera i do sieci multimedialnej,
- c) zwielokrotnianie zapisu utrwalonego wizerunku,
- d) publiczne wystawianie, wyświetlanie, odtwarzanie oraz nadawanie i reemitowanie, a także publiczne udostępnianie w taki sposób, aby każdy mógł mieć do niego dostęp w miejscu i w czasie przez siebie wybranym,
- e) zamieszczanie i publikowanie w prasie, na stronach internetowych, plakatach, ulotkach, broszurach, prezentacjach, billboardach,
- f) emisja w przekazach telewizyjnych i radiowych,

(niepotrzebne skreślić*)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o braku możliwości złożenia do depozytu SPZOZ Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Krzanowicach, moich rzeczy wartościowych

Jednocześnie zostałem/am poinformowany/a, że za rzeczy wartościowe zatrzymane przy sobie, SPZOZ Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Krzanowicach nie ponosi odpowiedzialności

Oświadczam, że **POSIADAM/NIE POSIADAM*** przy sobie żadnych rzeczy wartościowych, które chciałbym/chciałabym przekazać do depozytu.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem SPZOZ Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Krzanowicach i zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień.

WYRAŻAM/NIE WYRAŻAM* zgody na mój pobyt stały w SPZOZ Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Krzanowicach od dnia

Oświadczam, że osoby upoważnione do otrzymywania informacji na temat stanu mojego zdrowia oraz wglądu do mojej dokumentacji medycznej to:

- 1) PESEL nr telefonu
- 2) PESEL nr telefonu
- 3) PESEL nr telefonu

(niepotrzebne skreślić*)

Oświadczam, iż zapoznałam się z Klauzulą Informacyjną przekazaną zgodnie z art. 13 ust.1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych zwanego RODO.

.....

(czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)