

.....  
*/nazwisko i imię/*

.....  
*/miejsowość, data/*

.....  
*/adres zamieszkania/*

## Oświadczenie

Stosownie do treści art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2002 Nr 101 poz 926 z późniejszymi zmianami), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych również i w przyszłości, w związku z prowadzonym postępowaniem o umieszczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

.....  
*/czytelny podpis/*

Nazwisko i adres lekarza POZ.....

.....

.....

Telefon kontaktowy do opiekuna.....

Pesel Pacjenta.....

Dodatkowo decyzja o wysokości emerytury lub renty

Ostatni odcinek emerytury lub renty