



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

I. DANE OSOBOWE SENIORA:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Wiek:

Ulica/nr domu:

Kod pocztowy i miejscowość:

II. INFORMACJE DODATKOWE:

STOPIEŃ SAMODZIELNOŚCI:

Proszę określić stopień samodzielności Seniora w szczególności w kwestii poruszania się, jedzenia, ubierania się oraz załatwiania potrzeb fizjologicznych.

.....

.....

.....

.....

STAN ZDROWIA – CHOROBY, DIETY

Proszę wymienić

.....

.....

.....

.....

III. DOWÓZ DO OŚRODKA

- transport własny

- transport zorganizowany przez Ośrodek
(opłata zgodnie z zapisami zawartymi w Regulaminie)

IV. DANE OSOBY DO KONTAKTU:

Imię i nazwisko:

Adres:

Telefon:

E-mail:

V. OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Oświadczam, że zobowiązuję się do przestrzegania zasad i przepisów obowiązujących w Dziennym Domu Opieki dla Seniorów działającym przy Centrum Medycznym w Łąncucie.
3. Oświadczam, że zobowiązuję się do pokrycia kosztów pobytu w Dziennym Domu Opieki dla Seniorów zgodnie z zawartą umową.
4. Działając na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2015 r. poz. 2135, 2281) oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Centrum Medyczne w Łąncucie Sp. z o.o. danych osobowych, w związku z ubieganiem się o przyjęcie Seniora do Domu. Administratorem danych osobowych będzie wyłącznie Centrum Medyczne w Łąncucie Sp. z o.o., które wykorzystywać będzie je samodzielnie przy działaniach związanych z ubieganiem się przez wnioskodawcę o przyjęcie do Domu, realizacją procedury przyjęcia i świadczenia usług wobec Podopiecznych. Wnioskodawcy przysługuje prawo wglądu do jego danych oraz ich poprawiania, a podanie danych przez wnioskodawcę jest dobrowolne.

.....

Data i podpis Podopiecznego / Przedstawiciela*