

Oddział A

Wyrażam zgodę na leczenie uzdrowskowe mojego dziecka w Śląskim Centrum Uzdrowskowo-Rehabilitacyjnym im. dr. A.Szebesty w Rabce-Zdroju sp.z o o .w terminie wskazanym przez lekarza konsultanta OW NFZ oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka w procesie leczenia i rehabilitacji w Śląskim Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowskowym Sp. z o.o. w Rabce-Zdroju (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych)

W wypadku:

- 1. przedwczesnego opuszczenia sanatorium,
- 2. dyscyplinarnego wydalenia (za nieprzestrzeganie regulaminu Sanatorium i Szkoły Sanatoryjnej).

zobowiązuję się pokryć w całości koszty skierowania.

Jednocześnie zostałam(em) poinformowana(y) o tym, że dziecko nie powinno przywozić ze sobą rzeczy wartościowych: laptop, tablet, aparat fotograficzny, tel. komórkowy, itp., ponieważ personel nie ponosi odpowiedzialności w razie ich zepsucia lub zaginięcia.

Zobowiązuję się ponieść odpowiedzialność finansową za szkody wyrządzone przez moje dziecko.

Zobowiązuję się pokryć w całości koszty niewykorzystanych osobodni.

.....
Data i czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

.....
Czytelny podpis osoby przyjmującej zobowiązanie

.....
Seria i numer dowodu osobistego

Telefon kontaktowy
Rodzica lub opiekuna prawnego

.....
OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że moje dziecko:.....
Nazwisko i imię, PESEL

jest uczulone na:.....

.....
Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności.....

Obecnie dziecko przyjmuje leki:.....

.....
data

.....
czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego