

ZOBOWIĄZANIE

Wyrażam zgodę na leczenie uzdrowskowe mojego dziecka w Śląskim Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowskowym 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 szpitala uzdrowskowego
2. dyscyplinarnego wydalenia (za nieprzestrzeganie regulaminu Centrum i Szkoły)

zobowiązuję się pokryć w całości koszty niewykorzystanych osobodni

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.

.....
Data i czytelny podpis rodzica, opiekuna

.....
Czytelny podpis osoby przyjmującej zobowiązanie

.....
Zgadzam się na proponowane leczenie i zabieg operacyjny (w stanach nagłych wynikających z urazu bądź zachorowania, które wystąpiłyby w trakcie pobytu dziecka w szpitalu uzdrowskowym)

Telefon kontaktowy.....**e-mail**.....

.....
data

.....
czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE

Proszę o udostępnienie posług religijnych (Msza Św. w niedzielę i święta oraz lekcje religii w szkole) mojemu dziecku w czasie jego pobytu w Centrum.

.....
czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

.....
Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w wycieczce turystycznej: pieszej i autokarowej (odpłatnie ok.40zł) organizowanej w okresie jego pobytu na leczeniu w Śląskim Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowskowym im. dr. A. Szebesty w Rabce-Zdroju.

.....
czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

/Zgodnie z wymogiem zawartym w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 8 listopada 2001r./

Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka zarejestrowanego podczas zajęć i uroczystości odbywających się podczas pobytu w szpitalu uzdrowskowym w celu informacji oraz promocji Centrum i Szkoły.

Śląskie Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowskowe
im. dr. Adama Szebesty w Rabce-Zdroju sp. z o.o.

ul. Dietla 5, 34-700 Rabka-Zdrój
tel 18 26 76 300, fax 18 26 77 469
REGON 000297051, NIP 7352856672
KRS, rej. I cz. 000000006283, V cz. 01,02,03

.....
czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

Prze czytałam/em ze zrozumieniem
podpis