

FORMULARZ REJESTRACYJNY
dla mieszkańców Gminy Narewka
GMINNY PUNKT REHABILITACJI W GMINIE NAREWKA



1. Należy uzupełnić drukowanymi literami – w sposób czytelny.

.....
Imię i nazwisko Pacjenta

.....
Numer PESEL

.....
Miejsce zamieszkania (ul., miejscowość, poczta, kod pocztowy)

.....
Adres korespondencyjny (w przypadku gdy jest tożsamy z miejscem zamieszkania należy wpisać „jw.”)

.....
Numer telefonu / adres e-mail (należy podać przynajmniej jedną formę kontaktu)

.....
Imię i nazwisko / nr. Tel. Osoby upoważnionej do mojej dokumentacji medycznej

2. Zbiór oświadczeń:

1. Oświadczam, iż zapoznałam / zapoznałem się z Zarządzeniem Nr 324 / 2022 Wójta Gminy Narewka w sprawie regulaminu korzystania przez mieszkańców Gminy Narewka z usług Gminnego Punktu Rehabilitacji w Narewce (zwane dalej: Regulaminem) i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
2. Oświadczam, iż jestem świadoma / świadom konsekwencji majątkowych związanych z negatywną weryfikacją złożonych przez moją osobę dokumentów poświadczających posiadanie uprawnień do korzystania z usług Gminnego Punktu Rehabilitacji wskazanych w Regulaminie.
3. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z moją obsługą w ramach Gminnego Punktu Rehabilitacji.
4. Oświadczam, iż jestem świadoma / świadom odpowiedzialności karnej (art. 233 § 6 Kodeksu Karnego) grożącej mojej osobie za składanie fałszywych oświadczeń.
5. Oświadczam, iż jestem świadoma / świadom pilotażowego charakteru usług świadczonych w Gminnym Punkcie Rehabilitacji i zdaję sobie sprawę z wszelkich niedogodności jakich mogę doświadczyć z tego tytułu, w tym natury zdrowotnej.
6. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na zaproponowane leczenie fizjoterapeutyczne.
7. Oświadczam, iż ujawniłam / ujawniłem wszelkie okoliczności mogące mieć wpływ na dalszych przebieg i wynik rehabilitacji.
8. Oświadczam, iż w przypadku uszkodzenia lub zniszczenia sprzętu lub / i mienia punktu zobowiązuję się do pokrycia kosztów naprawy lub jego odkupienia.

.....
Czytelny podpis Pacjenta, data (dd-mm-rrrr)¹

¹ W przypadku osoby niepełnoletniej lub pozostającej pod opieką, niniejszy formularz podpisuje opiekun / rodzic.