

Požadovaná strava: * ☐ racionálna ☐ diabetická ☐ iná špeciálna

Stupeň mobility: * ☐ mobilný/ná ☐ čiastočne mobilný/ná ☐ imobilný/ná

Inkontinencia: ÁNO NIE

5. Aktuálny poskytovateľ zdravotníckej starostlivosti (všeobecný lekár)

Meno a priezvisko.....

Adresa.....

Telefonický kontakt.....

Iné.....

6. Prístupujúci k zmluve (spolufinancujúca osoba)

Titul, meno a priezvisko.....

Príbuzenský vzťah..... rodné číslo.....

Adresa trvalého
bydliska.....

Telefonický kontakt.....iný
kontakt.....

E-mail.....

Bankové spojenie (číslo účtu – pre potreby vyúčtovania pobytu).....

8. Vyhlásenie žiadateľa/ky alebo oprávneného zástupcu

Vyhlasujem, že všetky uvedené údaje v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa

..... vlastnoručný podpis

žiadateľa alebo (oprávneného zástupcu)

9. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:

Podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov