

SZOCIÁLIS HÁLÓ EGYESÜLET

Székhely: 7960 Sellye, Batthyány u. 4. fszt.1., Telefon: 73/580-018, • Elnök: Brlas Andrea Krisztina
Telephely: 7625 Pécs, Őz u. 5. fszt.5., Telefon: 72/210-667, Mobil 30 468 2971, 7838 Vajszló, Batthyány u. 8.
Honlap: www.szohe.hu • E-mail: szohe9@gmail.com • Banksz.: 11731001-20143668 • Adószám: 18306703-2-02

KÉRELEM ADATLAP

1. Az ellátást igénylő páciens neve.....
   (leánykori név).....
2. Anyja neve.....
3. Személyi igazolvány száma.....
4. TAJ /biztosítási ig./ száma ……
5. Nyugellátási törzsszám .....
6. Születési helye, időpontja.....
7. Állampolgársága.....
8. Foglalkozása nyugdíjazás előtt.....
   jelenleg.....
9. Családorvos neve.....
10. Bejelentett lakhelyének címe, irányítószáma.....
    telefonszáma.....
11. Tartózkodási helyének címe, telefonszáma.....
12. Legközelebbi hozzátartozójának neve.....
    Címe……
    Telefonszáma……
13. Családi állapota.....…
14. Milyen időponttól kérik felvételét.....

…….

A térítési díj fizetéséhez szükséges jövedelmi, vagyoni adatok:

Rendszeres havi jövedelme /Ft/……

A díjfizető hozzátartozó nyilatkozata:

Alulírott…….díjfizető, kijelentem, hogy az ellátási szerződésben meghatározott térítési díjat elfogadom, és az Intézmény által meghatározott összegben és időpontban megfizetem.

Dátum:.....

<u>A kérelemhez csatolni szükséges</u>

Kérelem adatlap kitöltve

Orvosi igazolás kitöltve

Legutóbbi zárójelentés másolata.

Nyugdíjas törzsszám:

Alulírott kérelmező tudomásul veszem, hogy Ápolási Intézetben történő elhelyezéshez az adatkezelés kötelező.

Hozzájárulok, hogy az Intézmény az adataimat a 2016/679. számú EU rendelet (GDPR) előírásainak, illetve a 2011. évi CXII. törvényben és az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben foglaltaknak megfelelően kezelje és továbbítsa.

A díjfizető kérelmező aláírása

ÁNTSZ eng. száma: XVIII.373-9/2004