Poseidon Alzheimer domov s.r.o.
M. J. Husa 1175/3, 434 01 Most
IČO: 24530719

Souhlas s poskytováním informací kontaktním osobám (dále jen „Souhlas“)

Já, níže podepsaný

Jméno a příjmení:

Rok narození:

Trvalé bydliště:

souhlasím s poskytováním informací sociální pracovnicí o mé osobě týkající se vyřizování Žádosti o umístění do Poseidon Alzheimer Domov s.r.o. a následného poskytování sociálních služeb dle Smlouvy o poskytování sociálních služeb.

Souhlasím s poskytováním informací níže uvedeným osobám.
(uveďte jméno, příjmení osoby a trvalé bydliště)

1.
2.
3.

Souhlasím s poskytováním informací výše uvedeným kontaktním osobám po dobu:

Ode dne podpisu tohoto souhlasu po dobu trvání Žádosti o umístění do Poseidon Alzheimer Domov s.r.o. a po dobu následného poskytování sociálních služeb dle uzavřené Smlouvy o poskytování sociálních služeb.

Nedojde-li k uzavření Smlouvy o poskytování sociálních služeb bude souhlas uchován do doby skartace spolu s Žádosti o umístění do Poseidon Alzheimer Domov s.r.o.

Byl/a jsem poučen/a o tom, že poskytnutí souhlasu je dobrovolné. Dále jsem byl/a o svém právu tento souhlas odvolat, a to i bez udání důvodu.

V ……..... dne ..... Podpis: .....
Jméno a příjmení