
**Žádost o poskytnutí ambulantní služby v denním stacionáři
SOS Praha 8, Křížíkova 167/50, tel.: 224 815 878**

Příjmení a jméno žadatele.....

Datum narození..... R.Č. Občanství.....

Bydliště.....

Rodinný stav..... Zdravotní pojišťovna

Tel.

Souhlasím, aby mé tel. číslo bylo použito v případě nutnosti: podpis.....

Kontaktní blízká osoba.....

Příspěvek na péči (zakroužkujte): I.) II.) III.) IV.) podána žádost)

Druh důchodu (zakroužkujte): starobní) invalidní) vdovský/vdovecký)

Ošetřující lékař (jméno, adresa, kontakt)

Dietní stravování (zakroužkujte): ANO) – jaké NE)

Další důležité informace (kompenzační pomůcky, stav zraku, sluchu, myšlení, komunikace, orientace atp.)

Do denního stacionáře nastoupím dne

Prohlašuji, že veškeré údaje v této záležitosti jsem uvedl/a pravdivě. Na základě této žádosti bude vypracována Smlouva o poskytnutí služby v denním stacionáři.

V souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a v souladu s „Vnitřními pravidly“ souhlasím s tím, že mé osobní údaje, případně další údaje budou použity pro účel této žádosti, a to v rozsahu nezbytném pro plnění úkolů poskytovatele. Tento souhlas lze kdykoliv odvolat.

V Praze dne.....

Podpis žadatele (zástupce).....