

FORMULÁŘ POBYT KLIENTA MIMO ZAŘÍZENÍ

Já, (opatrovník).....

(jméno, příjmení, adresa)

pověřuji

.....
(jméno, příjmení, adresa, příbuzenský vztah)

a souhlasím s odchodem

pana / paní

(jméno, příjmení, datum narození)

z DSS Chotělice.

Od, hod. do, hod.

Souhlasím, aby peněžní náhrada za pobyt mimo zařízení byla zaslána na:

(označte křížkem)

- ☐ Bankovní účet klienta
- ☐ Bankovní účet osoby, u které klient pobýval po dobu mimo zařízení
(bankovní číslo + adresa osoby, u které klient pobývá mimo zařízení)

.....
V dne

Podpis klienta (opatrovníka)

Podpis osoby, která převzala klienta

Organizace zpracovává osobní a citlivé údaje v souladu s Obecným nařízením Evropského parlamentu a Rady EU č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES a v souladu s relevantními vnitrostátními právními předpisy v oblasti ochrany osobních údajů.