



MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”
UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM
tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 570 600 382
sekretariat@mosradom.pl www.mosradompalacyk.pl

.....

data i miejscowość

.....
.....
.....
.....

imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego,
adres zamieszkania, telefon kontaktowy

Dyrektor
Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii Pałac”
ul. Krychnowicka 1
26-600 Radom

Wniosek

Zwracam się z prośbą o przyjęcie, ur.
w, pesel do Młodzieżowego Ośrodka
Socjoterapii „Pałac” w Radomiu, ul. Krychnowicka 1.

Uzasadnienie (proszę krótko opisać powody umieszczenia dziecka w placówce):

.....
.....
.....
.....

.....
odpis rodzica/opiekuna prawnego



Kwestionariusz dla opiekuna

Informacje o dziecku

Imię i nazwisko dziecka.....

Informacje o rodzinie

1. Rodzina: pełna / niepełna / rodzina zastępcza (od kiedy, z jakiego powodu?)

.....

2. Kontakty dziecka ze środkami zmieniającymi świadomość (alkohol, narkotyki...)

rodzaj używanego środka:

.....

3. Dotychczasowe kontakty dziecka z psychologiem/psychiatrą, pobyty w szpitalu psychiatrycznym, leki:

.....

4. Przebyte poważne choroby, hospitalizacje, obecne dolegliwości somatyczne, leki:

.....

.....

5. Kontakty z wymiarem sprawiedliwości (policja, sprawy sądowe, nadzór kuratora)

.....

.....

• kurator rodzinny (imię, nazwisko, nr telefonu).....

.....

• kurator zawodowy (imię, nazwisko, nr telefonu)

.....

Wypełnił/a (proszę podać imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa):

.....

.....

(data i podpis osoby uprawnionej)



**Kwestionariusz wywiadu z osobą przekazującą wychowanka do
M O S "PAŁACYK" w Radomiu**

I. DANE OSOBY PRZEKAZUJĄCEJ

1. Imię.....
2. Nazwisko
3. Seria i nr dokumentu tożsamości
4. Nr telefonu
5. Adres e-mail
6. Adres zamieszkania
7. Adres do korespondencji
8. Stopień pokrewieństwa

II. DANE WYCHOWANKA

1. Imię
2. Nazwisko
3. Pesel
4. Imię matki
5. Imię ojca
6. Data urodzenia
7. Miejsce urodzenia
8. Adres zamieszkania
9. Przyjmowane stałe leki
10. Informacje o pozostałych członkach rodziny /imię, nazwisko, rok urodzenia, stopień pokrewieństwa/
 - a)
 - b)
 - c)
 - d)
 - e)
 - f)
 - g)
 - h)
 - i)
 - j)



III. SYTUACJA RODZINNA

1. Czy w rodzinie są konflikty i kogo dotyczą?
2. Przyczyny konfliktów:
3. Czy występują problemy wychowawcze z dziećmi? Jakie?.....
4. Czy w rodzinie występuje przemoc?
5. Przeciwko komu jest skierowana?
6. Kto jest sprawcą przemocy?
7. Czy ktoś z rodziny przebywał lub przebywa w rodzinie zastępczej, placówce opiekuńczo-wychowawczej, schronisku dla nieletnich, zakładzie poprawczym?
.....

IV. SYTUACJA SZKOLNA

1. Nazwa i adres ostatniej szkoły/placówki
.....
2. Nazwa i adres szkoły rejonowej
.....
3. Czy dziecko powtarza lub powtarzało klasę? TAK NIE
Jeśli tak proszę podać którą klasę i w którym roku szkolnym dziecko nie
uzyskało promocji,.....
4. Przedmioty szkolne sprawiające wychowankowi kłopoty
.....
5. Przedmioty, w których wychowanek odnosi sukcesy
.....

.....
(data i podpis osoby przekazującej)

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.(Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016)informuje się, iż: 1) administratorem danych osobowych jest Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii "PAŁACYK", ul. Krychnowicka 1, 26-600 Radom 2) dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych, zgodnie z Ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. 3) dane osobowe przechowywane będą w czasie zgodnym z przepisami w/w Ustawy 4) każdy posiada prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub odwołania uprzednio udzielonej zgody 5) każdy ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego 6) podanie danych osobowych jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)



Rozmowa wstępna
rodzica/opiekuna prawnego/ osoby uprawnionej
z przedstawicielem MOS „PAŁACYK” w Radomiu

Oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z warunkami i zasadami pobytu w MOS „PAŁACYK” w Radomiu tj:

1. Regulaminem Wychowanków MOS „PAŁACYK” w Radomiu,
2. Statutem MOS „PAŁACYK” w Radomiu,
3. prawami i obowiązkami wychowanka i ucznia,
4. ofertą zajęć rozwijających zainteresowania,
5. ofertą terapeutyczną oraz formami pomocy psychologiczno-pedagogicznej,
6. terminem spotkania zespołu dokonującego wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania oraz opracowującego indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

Oświadczenie rodziców/opiekunów prawnych o decyzji przyjęcia dziecka

Oświadczam, iż matka/ojciec/opiekun prawny nieobecny podczas przyjęcia został poinformowany o umieszczeniu podopiecznego w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii „Pałac” w Radomiu.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

Klauzula zgody na wykorzystywanie wizerunku

Zgodnie z art. 81 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. 2017, poz. 880) wyrażam zgodę na rozpowszechnianie wizerunku mojego syna/córki/podopiecznego/podopiecznej, w tym także wyników osiągnięć naukowych i sportowych poprzez zamieszczanie w gazetach, tablicach szkolnych oraz na stronie internetowej i profilu Ośrodka na portalu facebook.com. na rzecz Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii "PAŁACYK", ul. Krychnowicka 1, 26-600 Radom w celu zapewnienia prawidłowego funkcjonowania Ośrodka w tym jego promocji.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

Wyrażam zgodę na udział dziecka we wszystkich wycieczkach, wyjściach poza Ośrodek, zajęciach terapeutycznych, rozwijających zainteresowania oraz wszelkich pozostałych zajęciach organizowanych przez Ośrodek oraz instytucje i firmy zewnętrzne współpracujące z Ośrodkiem.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)



Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na udział dziecka w lekcji religii przez cały okres nauki w Szkole Podstawowej im. Alberta Einsteina w Radomiu.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na udział dziecka w zajęciach wychowania do życia w rodzinie przez cały okres nauki w Szkole Podstawowej im. Alberta Einsteina w Radomiu.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, iż na telefonie mojego dziecka/podopiecznego została założona blokada rodzicielska. Pracownicy MOS „Pałac” nie ponoszą odpowiedzialności za treści znajdujące się na ww urządzeniu oraz strony internetowe jakie przegląda.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

Wyrażam zgodę na zakup dla mojego dziecka brakującego niezbędnego wyposażenia (odzież, środki higieniczne, przybory szkolne, leki) i zobowiązuję się do odpowiedzialności finansowej za ww. artykuły.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

**Oświadczenie rodziców/opiekunów prawnych o samodzielnych przejazdach
dziecka w czasie urlopowania**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na samodzielne przejazdy
..... do domu rodzinnego/placówki
(imię i nazwisko dziecka)
opiekunów/MOS „PAŁACYK” i ponoszę odpowiedzialność za dziecko w trakcie podróży.
Zgodę wyrażam na cały okres pobytu dziecka w MOS.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

Oświadczenie

Zostałem poinformowany, że personel Ośrodka nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy zgubione, skradzione lub zniszczone.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)



Kontrakt dla rodziców/opiekunów prawnych/osób uprawnionych

Zobowiązuję się do współpracy z przedstawicielami Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii „Pałacyk” w Radomiu poprzez:

1. systematyczny kontakt osobisty i telefoniczny w celu uzyskania informacji o zachowaniu, postępach w nauce i terapii dziecka

.....
(imię i nazwisko wychowanka/i)

2. przekazywanie informacji dotyczących dziecka, jego rodziny i doświadczeń.
3. terminowe regulowanie opłat za wyżywienie w Ośrodku.
4. odbiór dziecka w czasie jego choroby.
5. prowadzenie oddziaływań psychologicznych, pedagogicznych, terapeutycznych określonych w Statucie MOS „PAŁACYK” w Radomiu.
6. jednocześnie oświadczam, że:
 - a) zobowiązuję się do odpowiedzialności finansowej za świadome niszczenie mienia Ośrodka i dóbr innych osób.
 - b) zostałem poinformowany, że podopieczny może zostać skreślony z listy wychowanków MOS „Pałacyk” Decyzją Dyrektora w wyniku:
 - nieusprawiedliwionej nieobecności wychowanka trwającej dłużej niż 4 tygodnie,
 - poważnego naruszenia dyscypliny zagrażającego bezpieczeństwu innych wychowanków, z powodu przemocy, demoralizacji, uzależnienia od środków odurzających lub alkoholu,
 - braku współpracy wychowanka w realizacji założonych celów edukacyjno-terapeutycznych.

W powyższej sytuacji zobowiązuję się, do odbioru dziecka w ciągu 48 godzin.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)



MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”
UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM
tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 570 600 382
sekretariat@mosradom.pl www.mosradompalacyk.pl

Upoważniam personel Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii „Pałacik” do podawania leków w razie bólu, przeziębienia i innych zleconych przez lekarza, w razie konieczności leków przeciwbólowych bez recepty oraz do wykonania innych niezbędnych czynności medycznych.

Oświadczam, że dziecko jest/ nie jest uczulone na:

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

Wyrażam zgodę na wykonanie dziecku testów na obecność substancji psychoaktywnych w sytuacji, w której zaistnieje podejrzenie zażycia przez niego środków odurzających lub spożycia alkoholu. Badanie/test może być przeprowadzone bez mojej obecności.

Niniejsza zgoda obejmuje cały okres pobytu dziecka w placówce.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

Zgoda na konsultację psychiatryczną

W razie nasilających się problemów zachowania i emocji mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

wyrażam zgodę na konsultację psychiatryczną i realizację zaleceń lekarskich.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)



MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”
UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM
tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 570 600 382
sekretariat@mosradom.pl www.mosradompalacyk.pl

.....
.....
.....
.....

imię i nazwisko
rodzica/opiekuna prawnego/osoby uprawnionej,
adres zamieszkania, telefon kontaktowy

W okresie pobytu mojego dziecka/podopiecznego
w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii „Pałacik” w Radomiu wyrażam zgodę na pełną opiekę
medyczną (leczenie w przypadku choroby, włącznie z hospitalizacją, wykonaniem zabiegów
ambulatoryjnych i chirurgicznych, znieczuleniem do nagłych zabiegów).

Jednocześnie upoważniam personel MOS „PAŁACYK w Radomiu do otrzymywania
informacji o stanie zdrowia oraz dokumentacji medycznej mojego dziecka/podopiecznego.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)



Porozumienie

Zawarte w dniu

W sprawie procedur rozliczenia kosztów, o których mowa w § 78 ust. 1 oraz ust. 10 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie publicznych placówek oświatowo-wychowawczych, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, młodzieżowych ośrodków socjoterapii, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych, specjalnych ośrodków wychowawczych, ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych oraz placówek zapewniających opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania (Dz. U. z 2017 r. poz. 1606).

Pomiędzy:

Młodzieżowym Ośrodkiem Socjoterapii „PAŁACYK” w Radomiu
ul. Krychnowicka 1, 26-600 Radom
NIP 948 259 94 01 REGON 146767895
reprezentowanym przez Panią Danutę Bień - Soból

a

.....
.....
.....
.....

(imię i nazwisko opiekuna prawnego/nazwa placówki, adres, pesel/ NIP)

§ 1.

Przedmiotem porozumienia jest określenie zasad realizacji obowiązku, o którym mowa w § 78 ust. 10 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie publicznych placówek oświatowo-wychowawczych, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, młodzieżowych ośrodków socjoterapii, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych, specjalnych ośrodków wychowawczych, ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych oraz placówek zapewniających opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania (Dz. U. z 2017 r. poz. 1606) na podstawie, którego podmioty sprawujące instytucjonalną pieczę zastępczą nad wychowankiem zapewniają wychowankowi podczas pobytu w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii, specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, specjalnym ośrodku wychowawczym i ośrodku rewalidacyjno-wychowawczym pokrycie kosztów wyżywienia, o których mowa w ust. 1 cytowanego rozporządzenia oraz zaopatrzenia wychowanka w odzież, obuwie, środki czystości i środki higieny osobistej oraz leki, okulary, podręczniki i pomoce szkolne, a także kieszonkowe.

§ 2.

Niniejsze porozumienie dotyczy wychowanki/a
ur. r. umieszczonej/go w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii „PAŁACYK”
w Radomiu, ul. Krychnowicka 1.



MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PALACYK”

UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM

tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 570 600 382

sekretariat@mosradom.pl

www.mosradompalacyk.pl

§ 3.

Obowiązują następujące procedury rozliczenia kosztów:

1. Ośrodek obciąża Placówkę/opiekuna prawnego notą obciążeniową za wyżywienie w wysokości **26zł (dzienna stawka żywieniowa)**.
Placówka/opiekun prawny zobowiązany jest poinformować pracownika MOS Pałacyk o nieobecności wychowanka w Ośrodku do godz. 17 dnia poprzedzającego nieobecność. Jeżeli taka nieobecność nie zostanie zgłoszona, Placówka/opiekun prawny zobowiązany jest pokryć koszty zamówionego dziennego wyżywienia dla dziecka.
2. Ośrodek dokona zakupu i obciąży fakturą Placówkę/opiekuna prawnego za lekarstwa i okulary wystawioną na adres Placówki/opiekuna prawnego, która płatna będzie przelewem w terminie 14 dni od dnia wysłania noty wraz z dołączoną kserokopią potwierdzoną za zgodność z oryginałem właściwej Faktury VAT.
3. Nota obciążeniowa za wyżywienie będzie wystawiana zawsze za miesiąc poprzedni. Zawierać będzie informacje dotyczące imienia i nazwiska wychowanki/a, okresu obciążenia oraz wyszczególnienie wydatków.
4. Dane do wystawienia noty obciążeniowej:
Nabywca:
.....
.....
Odbiorca:
.....
.....
5. Placówka/opiekun prawny przesyła kwotę określoną w notce obciążeniowej na konto Ośrodka, numer konta bankowego
Pekao S.A. 31 1240 5703 1111 0010 5770 1667 w terminie podanym na notce obciążeniowej.
6. Kieszonkowe dla wychowanki/a Placówka/opiekun prawny może przesłać na konto Ośrodka, numer konta bankowego
Pekao S.A. 31 1240 5703 1111 0010 5770 1667
7. Zaopatrzenie wychowanki/a w odzież, obuwie, środki higieny osobistej i art. chemiczne, zapewnia Placówka/opiekun prawny lub Ośrodek (na prośbę Placówki/opiekuna prawnego), który obciąża fakturą Placówkę/opiekuna prawnego, po wcześniejszym ustaleniu kwoty wydatku.
8. Zaopatrzenie wychowanki/a w pomoce szkolne zapewnia Placówka/opiekun prawny.

§ 4.

1. Wszelkie zmiany Porozumienia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Niniejsze Porozumienie wygasa z dniem zmiany przepisów prawa regulujących zasady ponoszenia kosztów przez Placówkę/opiekuna prawnego lub wykreślenia wychowanki/a z listy Ośrodka.
3. Porozumienie obowiązuje od dnia na czas pobytu wychowanki/a w Ośrodku.

§ 5.

Porozumienie zawarto w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
podpis i pieczęć
Dyrektora Placówki/ opiekuna prawnego

.....
podpis i pieczęć
Dyrektora MOS „Pałacyk” w Radomiu



Porozumienie

Zawarte w dniu

W sprawie procedur rozliczenia kosztów, o których mowa w § 78 ust. 1 oraz ust. 10 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie publicznych placówek oświatowo-wychowawczych, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, młodzieżowych ośrodków socjoterapii, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych, specjalnych ośrodków wychowawczych, ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych oraz placówek zapewniających opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania (Dz. U. z 2017 r. poz. 1606).

Pomiędzy:

Młodzieżowym Ośrodkiem Socjoterapii „PAŁACYK” w Radomiu
ul. Krychnowicka 1, 26-600 Radom
NIP 948 259 94 01 REGON 146767895
reprezentowanym przez Panią Danutę Bień - Soból

a

.....
.....
.....
.....

(imię i nazwisko opiekuna prawnego/nazwa placówki, adres, pesel/ NIP)

§ 1.

Przedmiotem porozumienia jest określenie zasad realizacji obowiązku, o którym mowa w § 78 ust. 10 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie publicznych placówek oświatowo-wychowawczych, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, młodzieżowych ośrodków socjoterapii, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych, specjalnych ośrodków wychowawczych, ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych oraz placówek zapewniających opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania (Dz. U. z 2017 r. poz. 1606) na podstawie, którego podmioty sprawujące instytucjonalną pieczę zastępczą nad wychowankiem zapewniają wychowankowi podczas pobytu w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii, specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, specjalnym ośrodku wychowawczym i ośrodku rewalidacyjno-wychowawczym pokrycie kosztów żywienia, o których mowa w ust. 1 cytowanego rozporządzenia oraz zaopatrzenia wychowanka w odzież, obuwie, środki czystości i środki higieny osobistej oraz leki, okulary, podręczniki i pomoce szkolne, a także kieszonkowe.

§ 2.

Niniejsze porozumienie dotyczy wychowanki/a
ur. r. umieszczonej/go w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii „PAŁACYK”
w Radomiu, ul. Krychnowicka 1.



§ 3.

Obowiązują następujące procedury rozliczenia kosztów:

1. Ośrodek obciąża Placówkę/opiekuna prawnego notą obciążeniową za wyżywienie w wysokości **26 zł (dzienna stawka żywieniowa)**.
Placówka/opiekun prawny zobowiązany jest poinformować pracownika MOS Pałacyk o nieobecności wychowanka w Ośrodku do godz. 17 dnia poprzedzającego nieobecność. Jeżeli taka nieobecność nie zostanie zgłoszona, Placówka/opiekun prawny zobowiązany jest pokryć koszty zamówionego dziennego wyżywienia dla dziecka.
2. Ośrodek dokona zakupu i obciąży fakturą Placówkę/opiekuna prawnego za lekarstwa i okulary wystawioną na adres Placówki/opiekuna prawnego, która płatna będzie przelewem w terminie 14 dni od dnia wysłania noty wraz z dołączoną kserokopią potwierdzoną za zgodność z oryginałem właściwej Faktury VAT.
3. Nota obciążeniowa za wyżywienie będzie wystawiana zawsze za miesiąc poprzedni. Zawierać będzie informacje dotyczące imienia i nazwiska wychowanki/a, okresu obciążenia oraz wyszczególnienie wydatków.
4. Dane do wystawienia noty obciążeniowej (osoba fizyczna nie wypełnia):
Nabywca:
.....
.....
Odbiorca:
.....
.....
5. Placówka/opiekun prawny przesyła kwotę określoną w notce obciążeniowej na konto Ośrodka, numer konta bankowego
Pekao S.A. 31 1240 5703 1111 0010 5770 1667 w terminie podanym na notce obciążeniowej.
6. Kieszonkowe dla wychowanki/a Placówka/opiekun prawny może przesłać na konto Ośrodka, numer konta bankowego
Pekao S.A. 31 1240 5703 1111 0010 5770 1667
7. Zaopatrzenie wychowanki/a w odzież, obuwie, środki higieny osobistej i art. chemiczne, zapewnia Placówka/opiekun prawny lub Ośrodek (na prośbę Placówki/opiekuna prawnego), który obciąża fakturą Placówkę/opiekuna prawnego, po wcześniejszym ustaleniu kwoty wydatku.
8. Zaopatrzenie wychowanki/a w pomoce szkolne zapewnia Placówka/opiekun prawny.

§ 4.

4. Wszelkie zmiany Porozumienia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
5. Niniejsze Porozumienie wygasa z dniem zmiany przepisów prawa regulujących zasady ponoszenia kosztów przez Placówkę/opiekuna prawnego lub wykreślenia wychowanki/a z listy Ośrodka.
6. Porozumienie obowiązuje od dnia na czas pobytu wychowanki/a w Ośrodku.

§ 5.

Porozumienie zawarto w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.



.....
.....
.....
.....

imię i nazwisko
rodzica/opiekuna prawnego/osoby uprawnionej,
adres zamieszkania, telefon kontaktowy

Zgoda na hospitalizację, leczenie, przeprowadzenie badań i diagnozy

W

.....
.....
.....

na Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży

Ja, niżej podpisana/y
legitymująca/y się dowodem osobistym seria nr, pesel - - - - - ,
zamieszkała/y
pozostająca/y opiekunem prawnym,
ur. _ - _ - _ r. w, pesel _ - - - -
przebywającego/przebywającej obecnie w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii „PAŁACYK”
w Radomiu, ul. Krychnowicka 1 wyrażam zgodę na hospitalizację, leczenie, wykonanie badań
i diagnozę oraz wszelkich niezbędnych czynności na Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci
i Młodzieży w

Upoważniam pracowników MOS „PAŁACYK w Radomiu do otrzymywania informacji o stanie
zdrowia oraz dokumentacji medycznej mojego dziecka/podopiecznego.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego/osoby uprawnionej



Oświadczenie
o akceptacji faktur przesyłanych drogą elektroniczną

Imię i nazwisko wychowanka/wychowanki:

Dane rodzica/ opiekuna prawnego/ placówki do wystawienia faktury:

.....
.....
.....

1. Działając na podstawie Ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2017 poz. 1221, z późn. zm.) art. 106n wyrażam zgodę na przesyłanie faktur, duplikatów tych faktur oraz ich korekt, w formie elektronicznej przez Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii „Pałac” w Radomiu.
2. Zobowiązuję się przyjmować faktury, o których mowa w pkt.1 niniejszego oświadczenia w formie papierowej, w przypadku gdy przeszkody techniczne lub formalne uniemożliwiają przesłanie faktur drogą elektroniczną.
3. Proszę o przesyłanie faktur drogą mailową na podany poniżej adres e-mail.
Adres e-mail:
4. W razie zmiany adresu e-mail zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia o nowym adresie.
5. Oświadczam, że mam świadomość, iż niniejsze oświadczenie może zostać wycofane, w następstwie czego wystawca faktur traci prawo do wystawiania i przesyłania faktur do odbiorcy drogą elektroniczną, począwszy od dnia następnego po otrzymaniu powiadomienia o wycofaniu akceptacji.

Data

Podpis