

OŚWIADCZENIE *(wypełnia pacjent)*

Ja
 legitymujący/a się Dowodem Osobistym seria Nr
 wydanym przez
 urodzony/a w Pesel
 imiona rodziców
 nazwisko panieńskie
 zam.
 telefon kontaktowy: kom:

Jako osobę do kontaktu w sprawie mojego stanu zdrowia upoważniam:

Panią/a pokrewieństwo
 zam.
 telefon kontaktowy: kom:

wyrażam zgodę na:

- 1) pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Pszczółkach począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia
- 2) potrącanie opłaty za pobyt (*koszty wyżywienia i zakwaterowania*) w w/w Zakładzie przez właściwy organ emerytalno – rentowy ze świadczenia – (decyzja nr z dnia)
- 3) odbioru zasiłku stałego wyrównawczego, renty socjalnej itp. – (decyzja nr z dnia) przez w/w Zakład, tytułem pokrycia kosztów wyżywienia i zakwaterowania.
- 4) Oświadczam też, iż środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w ZOL nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich
- 5) Oświadczam, iż moim lekarzem rodzinnym jest Pan/i
 Przyjmujący/a w fax
 Pielęgniarką środowiskowo – rodzinną jest
 fax.....

(nazwa i adres i telefon Przychodni/ Ośrodka Zdrowia)

..... dnia
miejsowość

.....
podpis