

OŚWIADCZENIE *(wypełnia opiekun)*

Ja
 legitymujący/a się Dowodem Osobistym seria Nr
 wydany przez
 urodzony/a w Pesel

imiona rodziców
 nazwisko panieńskie
 zam.
 telefon kontaktowy: kom:

jako przedstawiciel ustawowy, /opiekun prawny, faktyczny, kurator/

wyrażam zgodę na umieszczenie w ZOL w Pszczółkach począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia
pana/i

ur. w **pesel**

imiona rodziców pacjenta/tki.....

nazwisko panieńskie

Dowod Osobisty seria Nr wydany przez

zam. oraz na:

1) potrącanie opłaty za pobyt (*koszty wyżywienia i zakwaterowania wg obowiązujących stawek*) w ZOL przez właściwy organ emerytalno– rentowy ze świadczenia – (decyzja ZUS / KRUS nr z dnia)

2) odbioru zasiłku stałego wyrównawczego, renty socjalnej itp. – (decyzja nr..... z dnia)
 przez w/w Zakład, tytułem pokrycia kosztów wyżywienia i zakwaterowania.

3) Oświadczam też, iż środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w ZOL nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich.

4) Oświadczam, iż lekarzem rodzinnym chorego jest Pan/i

Przyjmujący/a w fax

Pielęgniarką środowiskowo – rodzinną jest

..... fax.....

(nazwa i adres i telefon Przychodni/ Ośrodka Zdrowia)

..... dnia

miejsowość

.....

podpis