

OŚWIADCZENIE *(wypełnia opiekun)*

Ja
legitymujący/a się Dowodem Osobistym seria Nr
wydanym 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 Człuchowie począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia
pana/i

ur. w Pesel:

imiona rodziców pacjenta/tki.....

nazwisko panieńskie

Dowód Osobisty seria Nr wydanym 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