

## O Ś W I A D C Z E N I E

(wypełnia opiekun)

Ja .....,  
legitymujący/a się dowodem osobistym seria ....., nr .....,  
wydanym przez: .....,  
urodzony/a dnia ....., w ....., pesel .....,  
imiona rodziców: .....,  
nazwisko panięńskie .....,  
zamieszkały/a: .....,  
telefon kontaktowy: ....., kom. ....,  
jako przedstawiciel ustawowy / opiekun prawny, faktyczny, kurator /

**wyrażam zgodę** na umieszczenie w ZOL ☐ Tczew ☐ Gniew począwszy od wyznaczonego dnia  
przyjęcia pana/i .....,  
urodzonego/ej dnia ....., w ....., pesel .....,  
imiona rodziców pacjenta/teki: .....,  
nazwisko panięńskie .....,  
dowód osobisty seria ....., nr ....., wydanym przez .....,  
zamieszkały/a: .....,  
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 oraz telefon Przychodni / Ośrodka Zdrowia)

....., dnia .....  
miejscowość

.....  
podpis