

O Ś W I A D C Z E N I E

(wypełnia pacjent)

Ja,
legitymujący/a się dowodem osobistym seria, nr,
wydanym przez:,
urodzony/a dnia, w, pesel,
imiona rodziców:,
nazwisko panięskie,
zamieszkały/a:,
telefon kontaktowy:, kom.,

jako osobę do kontaktu w sprawie mojego stanu zdrowia upoważniam:

Panią/a, pokrewieństwo,
zamieszkałą/ego:,
telefon kontaktowy:, kom.

wyrażam zgodę na:

- 1) pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy w ZOL ☐ Tczew ☐ Gniew, poczynając od wyznaczonego dnia przyjęcia,
- 2) potrącanie opłaty za pobyt (koszty żywienia 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 żywienia 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 lekarzem rodzinnym chorego jest Pan/i,
przyjmujący/a w, fax,
Pielęgniarką środowiskowo – rodzinną jest, fax,
.....
(nazwa i adres oraz telefon Przychodni / Ośrodka Zdrowia)

....., dnia
miejsowość

.....
podpis