

## OŚWIADCZENIE (wypełnia opiekun)

Ja, .....

legitymujący/a się dowodem osobistym seria ..... nr .....

wydanym przez .....

urodzony/a ..... w ..... Pesel .....

Imiona rodziców: .....

Nazwisko panieńskie: .....

Zamieszkały/a .....

Telefon kontaktowy: .....

Jako przedstawiciel ustawowy / opiekun prawny / faktyczny / kurator

wyrażam zgodę na:

1. umieszczenie w ZOL w Sztumie począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia

Pana/ią .....

urodzonego/a ..... w ..... Pesel .....

Imiona rodziców pacjenta/ki: .....

Nazwisko panieńskie: .....

Dowodem osobisty seria ..... nr ..... wydany przez .....

Zamieszkałym/a.....

2. na potrącanie opłaty za pobyt (koszty wyżywienia i zakwaterowania wg obowiązujących stawek) w ZOL przez właściwy organ emerytalno-rentowy za świadczenia (decyzja ZUS / KRUS nr.....z dnia).
3. Odbioru zasiłku stałego wyrównawczego, renty socjalnej itp.(decyzja nr ..... z dnia .....) przez wyżej wymieniony 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, że lekarzem rodzinnym chorego jest: .....  
przyjmujący w .....  
Pielęgniarką środowiskową jest .....  
..... (nazwa i adres przychodni / ośrodka zdrowia)

Miejscowość: ..... Data: .....

Podpis: .....