

OŚWIADCZENIE (wypełnia pacjent)

Ja

legitymujący/a się Dowodem Osobistym seria Nr
wydanym przez
urodzony/a w

PESEL:

imiona rodziców:

nazwisko panieńskie:

zam.:

telefon kontaktowy:

Jako osobę do kontaktu w sprawie mojego stanu zdrowia upoważniam:

Panią/Pana:

pokrewieństwo:

zam.:

telefon kontaktowy:

Wyrażam zgodę na:

1. pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w Sztumie, poczynsz od wyznaczonego dnia przyjęcia,
2. potrącanie opłaty za pobyt (koszty wyżywienia i zakwaterowania) ww. Zakładzie przez właściwy organ emerytalno-rentowy ze świadczenia (decyzja nr z dnia),
3. odbiór zasiłku stałego wyrównawczego, renty socjalnej itp.(decyzja nr..... dnia)
przez ww. Zakład, tytułem pokrycia kosztów wyżywienia i zakwaterowania,
4. oświadczam, iż środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich,
5. oświadczam, iż moim lekarzem rodzinnym jestPan/Pani:.....
przyjmujący/a w
fax/email/tel.:
Pielęgniarką środowiskowo-rodziną jest:
(nazwa, adres i telefon przychodni / ośrodka zdrowia)

miejscowość: dnia:

podpis: