

OŚWIADCZENIE

(wypełnia Pacjent)

Ja.....

zamieszkały/a.....

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

wydanym przez.....

urodzony/a.....w.....PESEL.....

imiona rodziców.....

nazwisko panięskie.....

telefon kontaktowy.....komórka.....

Jako osobę do kontaktu w sprawie mojego stanu zdrowia upoważniam:

Pana/Paniąpokrewieństwo.....

zam.....

telefon kontaktowy.....komórka.....

Wyrażam zgodę na:

1. Pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy w Będzinie począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia.
2. Potrącanie opłaty za pobyt (koszt wyżywienia i zakwaterowania) w w/w Zakładzie przez właściwy organ emerytalno – rentowny za świadczenia (decyzja nr..... z dnia.....)
3. Odbioru zasiłku stałego wyrównawczego, renty socjalnej itp (decyzja nr..... z dnia.....) przez w/w 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, iż lekarzem rodzinnym chorego jest Pan/i przyjmujący/a wtel.....
6. Pielęgniarką środowiskową – rodzinną jest.....

(nazwa, adres i telefon Przychodni/Ośrodka Zdrowia)

7. Oświadczam, że będę niezwłocznie informował/a kierownika Zakładu Opiekuńczo - Lecznicy o każdej zmianie wysokości dochodu, o którym mowa w decyzji o skierowaniu mnie do zakładu.

.....dnia.....

(miejscowość)

.....

(podpis)