

## **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, począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia,
- 2) potrącanie opłaty za pobyt (koszty wyżywienia 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 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 w ....., fax .....,  
Pielęgniarką środowiskowo – rodzinną jest .....,  
....., fax .....,  
(nazwa i adres oraz telefon Przychodni / Ośrodka Zdrowia)

....., dnia .....  
*miejsowość*

.....  
*podpis*