SZPITALE TCZEWSKIE SA

O Ś W I A D C Z E N I E

(wypełnia opiekun prawny / faktyczny lub inna osoba działająca w imienia pacjenta)

Ja ……...……,

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

wydanym przez: …….…….…..,

urodzony/a dnia ……., w …….….., pesel ……...,

imiona rodziców: ……..,

nazwisko panieńskie …….……,

zamieszkały/a: ……..……,

telefon kontaktowy: ……...……., kom. …….…….…….,

jako przedstawiciel ustawowy / opiekun prawny, faktyczny, kurator /

wyrażam zgodę na umieszczenie w ZOL ☐ Tczew ☐Gniew począwszy od wyznaczonego dnia

przyjęcia pana/i .....,

urodzonego/ej dnia ……..…., w ……..….., pesel ……...……...,

imiona rodziców pacjenta/tki: ……..,

nazwisko panieńskie ……,

dowód osobisty seria …….., nr ……, wydanym przez ……...……,

zamieszkały/a: ……..……,

oraz na:

1) potrącanie opłaty za pobyt (koszty wyżywienia i zakwaterowania wg obowiązujących stawek) w ZOL przez właściwy organ emerytalno – rentowy ze świadczenia – (decyzja ZUS / KRUS nr …....., z dnia ……..…..),

2) odbioru zasiłku stałego wyrównawczego, renty socjalnej itp. – (decyzja nr ……..……..…, z dnia ……..……), przez w/w Zakład, tytułem pokrycia kosztów wyżywienia i zakwaterowania,

3) Oświadczam też, iż środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w ZOL nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich.

4) 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 …… ……..

miejscowość *podpis*