

OŚWIADCZENIE (wypełnia opiekun)

Ja _____

zam. _____

legitymujący/a się dowodem osobistym seria _____ Nr _____

wydanym przez _____

urodzony/a _____ w _____ PESEL _____

imiona rodziców _____

nazwisko panieńskie _____

telefon kontaktowy _____ kom. _____

jako przedstawiciel ustawowy/ opiekun prawny, faktyczny, kurator/ wyrażam zgodę na umieszczenie w ZOL Starogardzie Gdańskim począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia

Pana/i _____

ur. _____ w _____ PESEL _____

imiona rodziców pacjenta/tki _____

nazwisko panieńskie _____

Dowód Osobisty seria _____ Nr _____ wydany przez _____

zam. _____ oraz na:

1. potrącanie opłat za pobyt (koszty żywienia i zakwaterowania wg obowiązujących stawek (w ZOL przez właściwy organ emerytalno- rentowy za 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 żywienia 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 _____
5. pielęgniarką środowiskową -rodzinną jest _____

(nazwa, adres i telefon Przychodni/Ośrodka Zdrowia)

6. zobowiązuję się do odbioru w/w pacjenta z Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Starogardzie Gdańskim przy ul. Leśna 1 w wyznaczonym przez zakład terminie.
7. oświadczam, że będę niezwłocznie informował/a kierownika Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego o każdej zmianie wysokości dochodu, o którym mowa w decyzji o skierowaniu do ZOL.

_____ dnia _____
miejsowość

_____ podpis