

## OŚWIADCZENIE (wypełnia Pacjent)

Ja \_\_\_\_\_

zam. \_\_\_\_\_

legitymujący/a się dowodem osobistym seria \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_

wydanym przez \_\_\_\_\_

urodzony/a \_\_\_\_\_ w \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

imiona rodziców \_\_\_\_\_

nazwisko panięńskie \_\_\_\_\_

telefon kontaktowy \_\_\_\_\_ kom. \_\_\_\_\_

### Jako osobę do kontaktu w sprawie mojego stanu zdrowia upoważniam:

Panią/a \_\_\_\_\_ pokrewieństwo \_\_\_\_\_

zam. \_\_\_\_\_

telefon kontaktowy \_\_\_\_\_ kom. \_\_\_\_\_

### wyrażam zgodę na:

1. pobyt w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym w Starogardzie Gdańskim począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia.
2. potrącanie opłaty za pobyt (koszty wyżywienia i zakwaterowania) w w/w Zakładzie przez właściwy organ emerytalno-rentowy 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 w \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

2. pielęgniarką środowiskową -rodzinną jest \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(nazwa, adres i telefon Przychodni/Ośrodka Zdrowia)

3. oświadczam, że będę niezwłocznie informował/a kierownika Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego o każdej zmianie wysokości dochodu, o którym mowa w decyzji o skierowaniu mnie do zakładu.

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ miejscowość

\_\_\_\_\_ podpis