

**OŚWIADCZENIE**  
**(wypełnia opiekun)**

Ja \_\_\_\_\_  
zam. \_\_\_\_\_  
legitymujący/a się dowodem osobistym seria \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_  
wydanym przez \_\_\_\_\_  
urodzony/a \_\_\_\_\_ w \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_  
imiona rodziców \_\_\_\_\_  
nazwisko panięskie \_\_\_\_\_  
telefon kontaktowy \_\_\_\_\_ kom. \_\_\_\_\_  
jako przedstawiciel ustawy/opiekun prawny/faktyczny/kurator wyrażam zgodę na umieszczenie  
w ZOL w Starogardzie Gdańskim począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia:

Pani/a \_\_\_\_\_  
ur. \_\_\_\_\_ w \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_  
imiona rodziców pacjenta/łki \_\_\_\_\_  
nazwisko panięskie \_\_\_\_\_  
Dowód Osobisty seria \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_ wydany przez \_\_\_\_\_  
zam. \_\_\_\_\_  
oraz na:

1. potrącanie opłat za pobyt (koszty wyżywienia 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 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 \_\_\_\_\_
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 \_\_\_\_\_

**MEDPHARMA ZOZ S.A.**  
Al. Jana Pawła II 5  
83-200 Starogard Gdański  
NIP 592 18 54 774

**CENTRUM REHABILITACYJNO-  
LECNICZE MEDPHARMA**  
Al. Jana Pawła II 5  
83-200 Starogard Gdański  
NIP 592 18 54 774

**FILIA POLPHARMA**  
Ul. Pełplińska 19  
83-200 Starogard  
Gdański

**FILIA BOBOWO**  
Ul. Gdańska 11  
83-212 Bobowo

**FILIA KALISKA**  
Ul. Nowowiejska 5  
83-260 Kaliska

**FILIA OSIECZNA**  
Ul. Dworcowa 6  
83-242 Osieczna

**FILIA DZIEMIANY**  
Ul. Wyzwolenia 2  
83-425 Dziemiany