

OŚWIADCZENIE
(wypełnia Pacjent)

Ja _____
zam. _____
legitymujący/a się dowodem osobistym seria _____ Nr _____
wydanym przez _____
urodzony/a _____ w _____
PESEL _____ imiona rodziców _____

nazwisko panieńskie _____
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 poczynając 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 _____

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