

Data

.....
imię i nazwisko członka rodziny/przedstawiciela ustawowego/
opiekun prawny, faktyczny/kurator*

.....
adres zamieszkania

.....
telefon

OŚWIADCZENIE

Członka rodziny/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego, faktycznego/kuratora*

Ja, niżej podpisany/a,

.....
Jako członek rodziny/przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny, faktyczny,/ kurator* zostałem/am
poinformowany o przyjęciu w wyznaczonym dniu do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Pana/i:

.....
Imię i Nazwisko

.....
data urodzenia

oraz o tym, że:

1. Zgodnie z ustawą pacjent przebywający w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym ponosi odpłatność w zakresie kosztów wyżywienia i zakwaterowania w wys. 70% udokumentowanego świadczenia pacjenta, ale nie większą niż 250% najniższej emerytury.
2. Pobyt pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym jest okresowy i po zakończeniu udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych jestem zobowiązany do zapewnienia pacjentowi dalszej opieki.

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na uiszczenie odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym w Szczytnie.

.....
czytelny podpis członka rodziny/przedstawiciela ustawowego/
opiekun prawny, faktyczny/kurator*/stopień pokrewieństwa

Potwierdzam oryginalność podpisu:

.....
data i podpis pracownika przyjmującego

* Niepotrzebne skreśl