



OŚWIADCZENIE PACJENTA

Dotyczące pobytu w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym Aniołowo

Ja (imię i nazwisko)

legitymujący/a się Dowodem Osobistym: seria: numer:

wydanym przez

urodzony/a w:, PESEL:

zamieszkały:.....

telefon kontaktowy:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Aniołowo.

.....
(data i podpis pacjenta)

Zobowiązuję się do comiesięcznego pokrywania kosztów pobytu w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym Aniołowo, 89-600 Chojnice ul. Strzelecka 89, zgodnie z art. 34A ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. O zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.Nr 91 poz.408 z póź.zm), tj. w wysokości 70% świadczenia za miesiąc, począwszy od dnia przyjęcia.

Oświadczam również, że środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w ZOL nie są zajęte, ani obciążone prawami osób trzecich.

.....
(data i podpis pacjenta)