



OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

Dotyczące pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy Aniołowo

Ja (imię i nazwisko opiekuna)
legitymujący/a się Dowodem Osobistym: seria: numer:
wydanym przez
urodzony/a w:, PESEL:
zamieszkały:.....
telefon kontaktowy:

jako przedstawiciel ustawowy / opiekun prawny / opiekun faktyczny / kurator*, proszę o umieszczenie
w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicy Aniołowo, począwszy od dnia przyjęcia Pana / Panią:

Ja (imię i nazwisko pacjenta)
legitymujący/a się Dowodem Osobistym: seria: numer:
wydanym przez
urodzony/a w:, PESEL:
zamieszkały:.....
telefon kontaktowy:

Jednocześnie zobowiązuję się do odebrania pacjenta z Zakładu w dniu zakończenia pobytu w Zakładzie
Opiekuńczo - Lecznicy Aniołowo.

Wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w ZOL, 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 pobieranego przez pacjenta na miesiąc, począwszy od dnia przyjęcia.

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

Ponadto wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicy
Aniołowo zgodnej z cennikiem wynikającym z regulaminu organizacyjnego Zakładu
Opiekuńczo - Lecznicy.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis opiekuna)

* Właściwe zaznaczyć