

## OŚWIADCZENIE *(wypełnia pacjent)*

**Ja** .....  
 legitymujący/a się Dowodem Osobistym seria ..... Nr .....  
 wydanym przez .....  
 urodzony/a ..... w ..... PESEL: .....  
 imiona rodziców .....  
 nazwisko panieńskie .....  
 zam. ....  
 telefon kontaktowy: .....

**Jako osobę do kontaktu w sprawie mojego stanu zdrowia upoważniam:**

Panią/a ..... pokrewieństwo .....  
 zam. ....  
 telefon kontaktowy: .....

**wyrażam zgodę na:**

- 1) pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Świeciu począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia.
- 2) potrącanie opłaty za pobyt (*koszty wyżywienia i zakwaterowania*) w w/w Zakładzie ze 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.

Oświadczam też, iż środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w ZPO nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich.

Oświadczam, iż moim lekarzem rodzinnym jest Pan/i .....  
 przyjmujący/a w ..... fax .....  
 Pielęgniarką środowiskowo – rodzinną jest .....  
 ..... fax .....

(nazwa i adres i telefon Przychodni/ Ośrodka Zdrowia)

..... dnia .....  
*miejsowość*

.....  
*podpis*