

OŚWIADCZENIE (wypełnia opiekun)

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

jako przedstawiciel ustawowy, /opiekun prawny, faktyczny, kurator/ **wyrażam zgodę na** umieszczenie w ZPO w Świeciu począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia

Pana/i
 ur. w PESEL:.....
 imiona rodziców pacjenta/tki.....
 nazwisko panieńskie
 Dowód Osobisty seria Nr wydanym przez
 zam. oraz na:

- 1) potrącanie opłaty za pobyt (*koszty wyżywienia i zakwaterowania*) w ZPO ze świadczenia (decyzja ZUS / KRUS nr z dnia)
 - 2) 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 lekarzem rodzinnym chorego jest Pan/i
 przyjmujący/a w fax
 Pielęgniarką środowiskowo – rodzinną jest
 fax.....

(nazwa i adres i telefon Przychodni/ Ośrodka Zdrowia)

....., dnia
miejscowość

.....
podpis