



# SZPITAL JARCEWO

Jarcewo; ul. Szkolna 12; 89-606 Charzykowy

tel. 52 334 26 31, fax: 52 334 33 34

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

Dotyczące pobytu w Szpitalu Jarcewo

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 – SZPITAL JARCEWO.

.....  
(data i podpis pacjenta)

Zobowiązuję się do comiesięcznego pokrywania kosztów pobytu w  
ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM – SZPITAL JARCEWO, w  
Jarcewie, ul. Szkolna 12, 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)