



SZPITAL JARCEWO

Jarcewo; ul. Szkolna 12; 89-606 Charzykowy

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

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

Dotyczące pobytu w Szpitalu Jarcewo

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-LECZNICZYM –
SZPITAL JARCEWO, począwszy od dnia przyjęcia Pana / Panią:

(*imię i nazwisko pacjenta / pacjentki*) ,
legitymującego/ą się Dowodem Osobistym: seria: , numer: ,
wydanym przez ,
urodzonego/ą w: , PESEL: ,
zamieszkałego/ą:

Jednocześnie zobowiązuję się do odebrania pacjenta z Zakładu w dniu
zakończenia pobytu w ZOL – SZPITAL JARCEWO.

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 ZOL nie są zajęte, ani obciążone prawami osób trzecich.

Ponadto wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty za pobyt w ZOL –
SZPITAL JARCEWO zgodnej z cennikiem wynikającym z regulaminu
organizacyjnego Szpitala.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis opiekuna)

* Właściwe zaznaczyć