



# 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

### POBYT KOMERCYJNY

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 SZPITALU JARCEWO.

.....  
(data i podpis pacjenta)

Zobowiązuję się do comiesięcznego pokrywania kosztów pobytu  
począwszy od dnia przyjęcia.

.....  
(data i podpis pacjenta)