



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

POBYT KOMERCYJNY

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 SZPITALU 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 ze Szpitala w dniu
zakończenia pobytu.

Wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty za pobyt w SZPITALU JARCEWO
zgodnej z cennikiem wynikającym z regulaminu organizacyjnego Zakładu.

Ponadto zobowiązuję się do dostarczania leków dla pacjenta, co najmniej
7 dni przed ich wyczerpaniem lub ponoszenia opłat za leki ordynowane
w Szpitalu.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis opiekuna)

* Właściwe zaznaczyć