



ZAKŁAD OPIEKUŃCZO- LECZNICZY SP ZOZ CZŁUCHÓW
DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE

SZCZECIŃSKA 31; 77-300 CZŁUCHÓW

TEL. SEKRETARIAT 59 71 42 341

www.spzoz-czluchow.pl

OŚWIADCZENIE (wypełnia opiekun)

Ja

legitymujący/a się Dowodem Osobistym seria Nr

wydanym przez

urodzony/a w Pesel:.....

Imiona rodziców.....nazwisko panieńskie.....

zam.

telefon kontaktowy: kom:

jako przedstawiciel ustawowy, /opiekun prawny, faktyczny, kurator/

wyrażam zgodę na umieszczenie w ZOL w Człuchowie począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia

pana/i

ur. w Pesel:.....

imiona rodziców pacjenta/teki.....nazwisko panieńskie

Dowód Osobisty seria Nr wydany przez

zam. oraz na:

- 1) potrącanie opłaty za pobyt (koszty żywienia i zakwaterowania wg obowiązujących stawek) w ZOL przez właściwy organ emerytalno – rentowy 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 żywienia i zakwaterowania.
- 3) Oświadczam też, iż środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w ZOL nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich.
- 4) 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

miejsowość

.....

podpis