



Oświadczenie osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy w Podhalańskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II w Nowym Targu

Ja
imię i nazwisko

legitymujący/a się dowodem osobistym seria i numer:

wydanym przez:

urodzony/a dnia w PESEL:

imiona rodziców:

nazwisko panieńskie: telefon kontaktowy

adres zamieszkania:

upoważniam Pana/Panią

stopień pokrewieństwa telefon kontaktowy

adres zamieszkania:

do kontaktu w sprawach związanych z przyjęciem do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy.

Wyrażam zgodę na: ¹⁾

- 1) pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia;
- 2) potrącanie opłaty za pobyt (koszty żywienia i zakwaterowania) w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy przez właściwy organ emerytalno – rentowy ze świadczenia (decyzja nr);
- 3) potrącanie opłaty za pobyt (koszty żywienia i zakwaterowania) w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy przez Ośrodek Pomocy Społecznej ze świadczenia (decyzja nr).

Oświadczam że :

- 1) Środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich.
- 2) Przedłożyłem/am dokumenty potwierdzające mój dochód ze wszystkich źródeł.

3) Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczego o wszelkich zaistniałych zmianach w sytuacji życiowej, a w szczególności o zmianie wysokości dochodu.

4) Zobowiązuję się do niezwłocznego opuszczenia Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego po ustaleniu terminu wypisu.

5) Moim lekarzem rodzinnym jest:

Nazwa Przychodni:

Adres Przychodni:

6) Pielęgniarką środowiskowo – rodzinną jest:

Nazwa Przychodni:

Adres Przychodni:

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Świadczeniobiorcy

1) Niepotrzebne skreślić.