

OŚWIADCZENIE

(wypełnia opiekun)

Ja.....
zam.....
legitymujący/a się dowodem osobistym serianr.....
wydanym przez.....
urodzonej/a..... wPESEL

imiona rodziców.....
nazwisko panieńskie.....telefon kontaktowy/kom.....

jako przedstawiciel ustawowy/ opiekun prawny, faktyczny, kurator/ wyrażam zgodę na umieszczenie w ZOL EUROMEDICUS w Gdyni począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia

Pana/i

ur.....

w

PESEL.....

imiona rodziców pacjenta/tki.....

nazwisko panieńskie.....

Dowód Osobisty seria.....nr..... wydanym przez.....

.....zam.....

telefon kontaktowy/kom.....oraz na:

1. Potrącanie opłat za pobyt (koszty wyżywienia 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 wyżywienia i zakwaterowania.
3. Oświadczam też, iż środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w ZOL nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich.
4. Oświadczam, że zostałem powiadomiony o wstrzymaniu dodatku (zasiłku) pielęgnacyjnego w trakcie pobytu podopiecznego w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym.
5. Zobowiązuję się do powiadomienia lekarza rodzinnego o dacie przyjęcia do ZOL i wypisu chorego.
6. Oświadczam, iż lekarzem rodzinnym chorego jest Pan/i.....Przyjmujący/ a w.....tel/ fax.....
7. Pielęgniarką środowiskową-rodziną jest.....
(nazwa, adres i telefon Przychodni / Ośrodka Zdrowia)
8. Zobowiązuję się do odbioru w/w pacjenta z Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego EUROMEDICUS w Gdyni przy ul. Czechosłowackiej 3 w wyznaczonym przez zakład terminie.
9. Oświadczam, że będę niezwłocznie informował/a kierownika Zakładu Opiekuńczo–Leczniczego o każdej zmianie wysokości dochodu, o którym mowa w decyzji o skierowaniu do ZOL.

.....
miejsowość data

.....
podpis opiekuna

