

## OŚWIADCZENIE (wypełnia opiekun)

Ja \_\_\_\_\_  
zam. \_\_\_\_\_  
legitymujący/a się dowodem osobistym seria \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_  
wydanym przez \_\_\_\_\_  
urodzony/a \_\_\_\_\_ w \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_  
imiona rodziców \_\_\_\_\_  
nazwisko panięńskie \_\_\_\_\_  
telefon kontaktowy \_\_\_\_\_ kom. \_\_\_\_\_  
jako przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny/faktyczny/kurator wyrażam zgodę na umieszczenie  
w ZOL w Starogardzie Gdańskim poczynszy od wyznaczonego dnia przyjęcia:

Pani/a \_\_\_\_\_  
ur. \_\_\_\_\_ w \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_  
imiona rodziców pacjenta/teki \_\_\_\_\_  
nazwisko panięńskie \_\_\_\_\_  
Dowód Osobisty seria \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_ wydany przez \_\_\_\_\_  
zam. \_\_\_\_\_  
oraz na:

1. potrącanie opłat za pobyt (koszty wyżywienia i zakwaterowania wg obowiązujących stawek  
(w ZOL przez właściwy organ emerytalno-rentowy za 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, iż lekarzem rodzinnym chorego jest Pan/i \_\_\_\_\_  
Przyjmujący/a w \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_
5. pielęgniarką środowiskową -rodzinną jest \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(nazwa, adres i telefon Przychodni/Ośrodka Zdrowia)
6. zobowiązuję się do odbioru w/w pacjenta z Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Starogardzie  
Gdańskim przy ul. Leśna 1 w wyznaczonym przez zakład terminie.
7. oświadczam, że będę niezwłocznie informował/a kierownika Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego o  
każdej zmianie wysokości dochodu, o którym mowa w decyzji o skierowaniu do ZOL.

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_  
miejscowość \_\_\_\_\_ podpis \_\_\_\_\_

**MEDPHARMA ZOZ S.A.**  
Al. Jana Pawła II 5a  
83-200 Starogard Gdański  
NIP 592 18 54 774

**CENTRUM REHABILITACYJNO-  
LECZNICZE MEDPHARMA**  
ul. Leśna 1a, Nowa Wieś Rzeczna  
83-200 Starogard Gdański

**FILIA POLPHARMA**  
ul. Pelplińska 19  
83-200 Starogard Gdański

**FILIA BOBOWO**  
ul. Gdańska 11  
83-212 Bobowo

**FILIA KALISKA**  
ul. Nowowiejska 5  
83-260 Kaliska

**FILIA OSIECZNA**  
ul. Dworcowa 6  
83-242 Osieczna