

OŚWIADCZENIE (wypełnia Pacjent)

Ja _____
zam. _____
legitymujący/a się dowodem osobistym seria _____ Nr _____
wydanym przez _____
urodzony/a _____ w _____
PESEL _____ imiona rodziców _____

nazwisko panieńskie _____
telefon kontaktowy _____ kom. _____

Jako osobę do kontaktu w sprawie mojego stanu zdrowia upoważniam:

Panią/a _____ pokrewieństwo _____
zam. _____
telefon kontaktowy _____ kom. _____
wyrażam zgodę na:

1. pobyt w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym w Starogardzie Gdańskim poczynając od wyznaczonego dnia przyjęcia.
2. potrącanie opłaty za pobyt (koszty wyżywienia i zakwaterowania) w w/w Zakładzie przez właściwy organ emerytalno-rentowy za świadczenia (decyzja nr _____ z dnia _____).
3. odbioru zasiłku stałego wyrównawczego, renty socjalnej itp. (decyzja _____ nr _____ z dnia _____) przez w/w Zakład, tytułem pokrycia kosztów wyżywienia i zakwaterowania.
4. oświadczam też, iż środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w ZOL nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich.
5. oświadczam, iż lekarzem rodzinnym chorego jest Pan/i _____
przyjmujący/a w _____ fax _____
2. pielęgniarką środowiskową - rodzinną jest _____

(nazwa, adres i telefon Przychodni/Ośrodka Zdrowia)

3. oświadczam, że będę niezwłocznie informował/a kierownika Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego o każdej zmianie wysokości dochodu, o którym mowa w decyzji o skierowaniu mnie do zakładu.

_____ 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