

.....

(imię i nazwisko członka rodziny lub opiekuna)

Gniezno, dnia.....

.....

.....

(adres członka rodziny lub opiekuna)

PESEL:

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na pobyt
Pani/Pana..... w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym ZOZ
Gniezno ul. Św. Jana 9 oraz zobowiązuje się do:

- regulowania płatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w
wysokości 70% emerytury (renty)

Pani/Pana..... (Dz.U . Nr 166 poz. 1265 z dnia
30.12.1998r.).

- obioru faktury i uiszczenia opłaty za pobyt w terminie 14 dni od odebrania
faktury.

- odebrania pacjenta z Zakładu po upływie wyznaczonego terminu pobytu

.....

(podpis członka rodziny lub opiekuna)