

Gniezno , dnia

.....
(Nazwisko i imię)

.....
.....
(Adres)

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z przyjęciem.....
.....
.....

(Nazwisko, imię i adres pacjenta)

Do Zespołu Opieki
Zdrowotnej w Gnieźnie zostałem(am) poinformowany(a) o treści § 1.2
Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30.XII .1998 roku w
sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i
pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalenia odpłatności za
pobyt w tych zakładach i zobowiązuję się wystąpić niezwłocznie do właściwego
sądu powszechnego o ustanowienie przedstawiciela ustawowego
dla.....

.....
(podpis)