

.....
Imię i nazwisko Opiekuna/Osoby Bliskiej

.....
Data, miejscowość

.....

.....
Adres zamieszkania Opiekuna/Osoby Bliskiej

.....
Telefon Opiekuna/Osoby Bliskiej

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana /y/ oświadczam, iż jestem osobą bliską / tj./

Pani/Pana

i w przypadku zakończenia pobytu Pacjenta w Zakładzie Opieki Długoterminowej w Katowicach przy ul. Szopienickiej 59 zobowiązuję się odebrać Pacjenta z placówki w terminie wyznaczonym przez Zakład.

W przypadku nieodebrania Pacjenta, Pacjent zostanie odwieziony na koszt Opiekuna/Osoby Bliskiej na podany przez nią adres tj.:.....

Miejscowość, ulica ,nr domu i mieszkania

.....

.....
Podpis Opiekuna /Osoby Bliskiej

.....
Seria nr dowodu osobistego Opiekuna / Osoby Bliskiej

Ja niżej podpisany/a/ wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opieki Długoterminowej EPIONE - Katowice ul. Szopienicka 59 - oraz na uiszczenie opłaty obejmującej koszty wyżywienia i zakwaterowania, o której mowa w art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Publicznych.

.....
podpis