

.....  
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 **zobowiązuje 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 Pacjenta